

Documento de Caracterización y Diagnóstico de la situación de salud con enfoque diferencial para los Pueblos Indígenas en Bogotá

Tabla de contenido

Capítulo 1.....	2
Estado de Salud y Enfermedades Prevalentes de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.	2
1. Situación demográfica	3
1.1. Contexto territorial.	3
1.2. Contexto poblacional.....	8
2. Aseguramiento en Salud	15
3. Natalidad.....	20
4. Fertilidad	29
4. Morbilidad.....	31
5. Eventos de Interés en Salud Pública	36
6. Mortalidad.....	40
7. Conclusiones	43
7.1. Situación demográfica	44
7.2. Aseguramiento en salud.....	44
7.3. Natalidad.....	45
7.4. Fertilidad.....	45
7.5. Morbilidad	46
7.6. Eventos de Interés en Salud Pública.....	46
7.7. Mortalidad	46
Capítulo 2.....	48
Descripción y Contraste de Conceptos Propios sobre la Salud y la Enfermedad de Catorce Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.	48
Capítulo 3. Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá	158
Capítulo 4. Análisis de Percepciones, Factores Protectores y Factores de Riesgo frente al Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas de Catorce (14) Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.....	100
Capítulo 5. Caracterización de sabedores y sabedoras en medicina ancestral de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.	280

...

Capítulo 1.

Estado de Salud y Enfermedades Prevalentes de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la situación de salud y enfermedad de los pueblos indígenas que habitan en la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de ofrecer un panorama actualizado sobre su estado de salud. Este análisis se desarrolla desde un enfoque integral que articula los determinantes sociales, territoriales y demográficos con la información epidemiológica disponible, reconociendo la diversidad cultural y las particularidades que configuran los procesos de salud-enfermedad en el contexto urbano.

Bogotá es territorio ancestral Muisca y receptora de población indígena proveniente de distintas regiones del país, concentra comunidades cuya presencia está asociada, en gran medida, a procesos históricos de violencia estructural, despojo territorial y desplazamiento forzado, así como a la búsqueda de oportunidades educativas, laborales y de protección. Estas dinámicas han propiciado transformaciones significativas en los modos de vida, las prácticas culturales y los sistemas propios de cuidado y sanación, con impactos directos en los perfiles de morbilidad, mortalidad y en las formas de acceso y relacionamiento con los servicios de salud.

En el entorno urbano, las comunidades indígenas han reorganizado sus ciclos de vida y estrategias de subsistencia, incorporándose al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los regímenes contributivo o subsidiado. Si bien esta vinculación posibilita el acceso a los servicios de salud, persisten brechas estructurales asociadas a condiciones socioeconómicas, territoriales y culturales que inciden en la garantía de una atención integral, pertinente y oportuna.

El capítulo presenta una revisión sociodemográfica y un análisis integral de la situación de salud y enfermedad de los pueblos indígenas residentes en Bogotá, con base en la información secundaria suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, a partir del cruce de bases de datos con los listados censales poblacionales. El análisis se realiza para aquellos pueblos cuyos censos responden al proceso de caracterización como lo son Ambiká Pijao, Inga, Kamëntšá, Kichwa, Nasa, Los Pastos, Eperãrã Siapidaara, Wounaan Nonam, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Tubü Hummürimassa, Uitoto y Yanacona, reconociendo las limitaciones existentes en términos de calidad, completitud y estandarización de la información, así como la ausencia de listado censal para el pueblo indígena Misak.

La estructura del capítulo se organiza en seis apartados: el primero aborda la situación demográfica; el segundo analiza el aseguramiento en salud; el tercero examina el comportamiento de la natalidad; el cuarto desarrolla el análisis de la morbilidad; el quinto se centra en la mortalidad indígena; y el sexto presenta las conclusiones generales del análisis.

Finalmente, este capítulo se inscribe en una perspectiva de salud propia e intercultural, que reconoce la coexistencia y el diálogo entre el sistema de salud occidental y los saberes ancestrales y heredados de los pueblos indígenas. Desde esta mirada, el análisis trasciende la

descripción de indicadores y busca aportar elementos técnicos que orienten la toma de decisiones, así como servir de base para la articulación con los capítulos posteriores del estudio.

1. Situación demográfica

1.1. Contexto territorial.

Bogotá se originó en el territorio ancestral del Pueblo Muisca, cuyas dinámicas sociales, económicas y políticas anteceden la configuración colonial y urbana de la capital. Este panorama histórico permite comprender tanto la permanencia del Pueblo Muisca como los posteriores procesos de llegada y asentamiento de otros pueblos indígenas en la ciudad.

En este contexto, Bacatá, actual Bogotá, constituyó el núcleo principal del Cacicazgo Muisca en el altiplano cundiboyacense. La colonización transformó profundamente este espacio y obligó al Pueblo Muisca a ceder parte de su autonomía política, social y cultural para preservar su vida y garantizar su continuidad histórica. Como pueblo originario, los Muiscas se consolidaron a partir de la integración de comunidades del periodo Herrera con grupos de la familia lingüística Chibcha, dando lugar a una estructura de cacicazgos sustentada en relaciones de parentesco, intercambio y cooperación.

Esta organización dio origen a la Confederación Muisca, establecida siglos antes de la llegada de los españoles y estrechamente vinculada con la geografía de la actual capital (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024). Con la conquista iniciada en 1537, el territorio experimentó un proceso de transformación e hispanización. Un hecho decisivo ocurrió en Bosa, donde se encontraron Gonzalo Jiménez de Quesada, Sebastián de Belalcázar y Nikolaus Federmann en 1538, antes de la fundación de Santa Fe de Bogotá.

En este territorio, gobernado por el cacique Techotibá, la Corona española instauró encomiendas y resguardos destinados a la explotación de la mano de obra indígena. Pese a siglos de despojo y evangelización, los pueblos muiscas de Bosa y Suba continúan siendo herederos legítimos de este territorio, conservando sus tradiciones y liderando procesos de resurgimiento étnico y cultural (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024).

Actualmente, la localidad de Bosa está delimitada por el río Tunjuelo al oriente y el río Bogotá al occidente. En su extremo suroccidental mantiene una relación de conurbación con el municipio de Soacha, especialmente con las comunas 1 y 3, donde los límites administrativos se difuminan frente a problemáticas socioambientales compartidas. Históricamente, Bosa estuvo unida a Soacha, vínculo representado en la iglesia de San Bernardino como referente patrimonial. Sin embargo, la expansión urbana y los planes de manejo de cuencas consolidaron a Bosa como localidad de Bogotá, mientras Soacha conservó su carácter municipal. Aun así, sectores como Ciudad Verde y los cerros de tierra negra continúan siendo reconocidos como territorio ancestral de Bosa.

La rápida expansión urbana ha generado problemáticas relacionadas con la insuficiencia de infraestructura de transporte y la saturación de corredores viales como la Autopista Sur. Asimismo, la urbanización informal y el desplazamiento forzado han incrementado la presión demográfica y las condiciones de vulnerabilidad social en sectores fronterizos, donde también se presentan dinámicas asociadas a economías ilícitas. En materia ambiental, la contaminación de vallados, lagunas y humedales, junto con la ocupación de rondas hídricas, afecta tanto a Bosa como a Soacha.

De otra parte, hacia 1550, Suba fue asignada a los encomenderos Antonio Díaz Cardoso y Hernán Camilo Monsilva, hecho que marcó su reorganización bajo el orden colonial mediante la imposición de sistemas como la encomienda y la mita, sustentados en la tributación y el trabajo forzado indígena (Yopasa, 2019, citado por Cabildo Indígena Muysca de Suba). Aunque la encomienda fue presentada formalmente como un mecanismo de protección y evangelización, en la práctica operó como una forma de explotación económica de la población indígena. Antes de la colonización, el territorio Muisca se organizaba mediante modelos continuos y discontinuos de ocupación. El primero correspondía a territorios compactos bajo el control de un cacicazgo, mientras que el segundo articulaba unidades dispersas vinculadas políticamente a un centro de poder.

La producción agrícola constituía uno de los principales ejes de organización económica y social. Los muisca desarrollaron sistemas de terrazas de cultivo o “camellones”, articulados mediante canales y técnicas de manejo del agua que permitían diversificar y asegurar la producción agrícola (Cabildo Indígena Muysca de Suba, documento no publicado). Además de abastecer las necesidades comunitarias, estos sistemas posibilitaron la generación de excedentes y el fortalecimiento de redes de intercambio con regiones como la Orinoquía, el valle del Magdalena y el Caribe. En dichos intercambios circulaban alimentos y bienes suntuarios como esmeraldas, plumas, oro y coca, consolidando un sistema económico sustentado en mercados periódicos y mecanismos de redistribución (Langebaek, 1997, citado por el Cabildo).

Con la instauración de la República se promulgó la Ley sobre Abolición del Tributo y el Repartimiento de Resguardos (Yopasa, 2019). Posteriormente, en 1888, el resguardo de Suba fue fragmentado en propiedades individuales, facilitando el ingreso de terratenientes y la transformación progresiva del territorio ancestral. Más adelante, mediante el Decreto 3640 de 1954, Suba fue anexada a Bogotá, dando paso a un acelerado proceso de urbanización caracterizado por el acaparamiento de tierras, la transformación del uso del suelo y las migraciones masivas (Cabildo Muysca de Suba, s. f.).

En este contexto, la comunidad Muysca adoptó el término “raizales” como una estrategia para reafirmar su pertenencia territorial y diferenciarse de los nuevos habitantes del sector. Este proceso fortaleció la cohesión comunitaria y consolidó la organización del Cabildo Indígena. Posteriormente, se impulsó el proceso de autorreconocimiento como pueblo indígena muysca, ratificado el 25 de enero de 1991 por el Gobierno Nacional y el Ministerio del Interior (Yopasa, 2019, citado por Cabildo Indígena Muysca de Suba).

Actualmente, la comunidad Muysca de Suba está conformada por 3.481 familias y 10.701 personas, con presencia mayoritaria en la localidad de Suba y distribución en otras zonas de Bogotá y municipios cercanos. Su organización territorial tiene origen en la adjudicación de tierras realizada en 1888, que definió tanto territorios familiares como espacios colectivos reconocidos actualmente como Sitios Sagrados mediante la Resolución Conjunta 2664 de 2023.

Los procesos históricos de transformación territorial, urbanización y movilidad poblacional han configurado la presencia contemporánea de diversos pueblos indígenas en Bogotá. En este contexto, la ciudad no solo constituye el territorio ancestral del Pueblo Muisca, sino también un espacio de encuentro, permanencia y asentamiento de comunidades indígenas provenientes de distintas regiones del país. Las dinámicas de permanencia, migración y

desplazamiento de estos pueblos se reflejan actualmente en la distribución territorial de la población indígena en la capital.

En concordancia con lo anterior, se realizó un ejercicio de georreferenciación de la presencia territorial de los pueblos indígenas en Bogotá, a partir del análisis de la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud y su cruce con los listados censales correspondientes al primer semestre de 2025 de los pueblos Ambiká Pijao, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Kichwa, Inga, Los Pastos, Eperãrã Siapidaara, Wounaan Nonam y Kamëntšá, así como con los registros de 2024 de los pueblos Yanacona, Uitoto y Tubü Hummürimassa.

La información disponible incluía las direcciones de residencia de los integrantes de estos pueblos, lo que permitió desarrollar un proceso de geocodificación para la obtención de coordenadas geográficas dentro del territorio distrital mediante el uso del software ArcGIS Pro. Los resultados de este ejercicio se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1.
Pueblos que cuentan con base censal para geocodificar territorialmente 2025

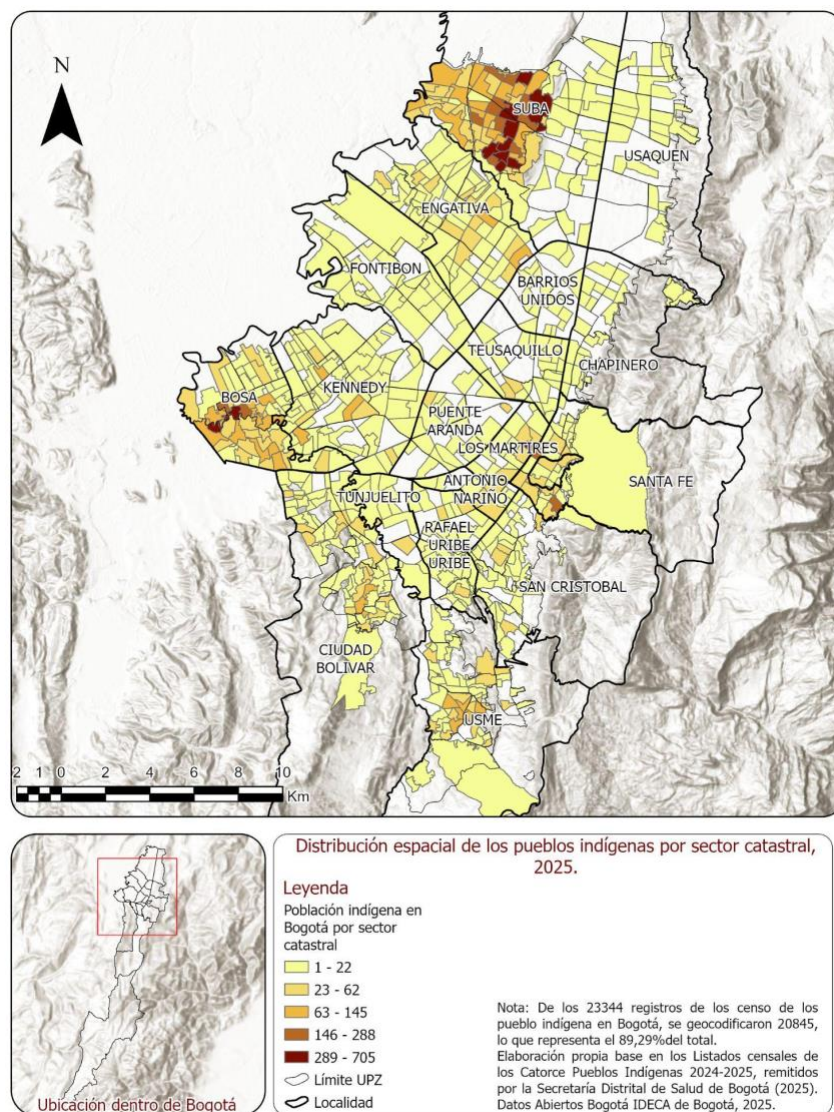
Pueblo Indígena	Censo poblacional	Geocodificados	Porcentaje geocodificado
Inga	850	804	94,59%
Eperãrã Siapidaara	83	76	92,16%
Kichwa	2322	2140	91,57%
Los Pastos	981	870	88,87%
Muisca de Bosa	4889	4345	88,69%
Muisca Suba	10715	9726	90,76%
Nasa	154	133	86,36%
Ambiká Pijao	2633	2196	83,40%
Kamëntšá	276	224	81,16%
Wounaan Nonam	312	246	78,85%
Tubü Hummürimassa	129	85	65,89%
Total	23344	20845	89,29%

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, suministrado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025).

De los 23344 registros del censo poblacional de estos pueblos indígenas en Bogotá, se geocodificaron 20845, lo que representa el 89,29% del total. Los pueblos representados corresponden a aquellos cuyos listados censales cuentan con información susceptible de ser

georreferenciada. Para ello, se consideró la disponibilidad de variables geográficas como dirección, Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ), localidad o barrio. En consecuencia, el mapa presenta la distribución de los pueblos Ambiká Pijao, Eperãrã Siapidaara, Inga, Kamëntšá, Kichwa, Los Pastos, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Tubü Hummürimassa y Wounaan Nonam.¹

Figura 1. *Distribución de los pueblos indígenas en las localidades, por sector catastral, de Bogotá, D.C.*



Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025).

¹ Los pueblos indígenas Yanacóna y Uitoto cuentan con base censal remitida por la Secretaría Distrital de Salud; no obstante, dicha información no incluye variables como dirección, barrio y localidad dentro de sus parámetros, lo que limita su desagregación territorial. (LOS PUEBLOS SON QUIENES ENTREGAN LOS LISTADOS INCOMPLETOS, NO LA SECRETARÍA) ESTO SE HA REPETIDO MUCHAS VECES.

Así mismo, se presenta la distribución de la población indígena en Bogotá con una escala de desagregación de sector catastral, permite delimitar espacialmente la población, focalizar acciones y realizar caracterización detallada de las condiciones de salud, superando escalas administrativas más amplias como la localidad o la UPZ. Este nivel de detalle permite identificar patrones espaciales más precisos de concentración y dispersión de la población indígena dentro del tejido urbano, sin llegar a exponer información individual. Al trabajar esta escala, el análisis facilita la comparación entre zonas con dinámicas socioespaciales diferenciadas y resulta especialmente útil para la planificación territorial, la focalización de políticas públicas y el reconocimiento de desigualdades intraurbanas, manteniendo un equilibrio entre precisión analítica y resguardo estadístico.

En esta medida, se identifica que los principales asentamientos de los pueblos indígenas en la ciudad de Bogotá se concentran en la localidad de Suba, que agrupa el 42,8% de la población registrada, siendo el principal foco territorial. Le siguen la localidad de Bosa, con el 20,1%, consolidándose como el eje de concentración más importante al suroccidente de la ciudad. En un segundo nivel, las poblaciones indígenas se encuentran en las localidades de Usme con el 6,3 % del total de los datos, Engativá con 5,1% y Ciudad Bolívar con el 5,1%, lo que afianza el sur y el occidente de la ciudad como las zonas con mayor recepción de población indígena en Bogotá. Estas últimas localidades, aunque distan en concentración, mantienen dinámicas territoriales relevantes para los pueblos indígenas en Bogotá. En menor proporción, se identifica el resto del distrito con datos más distantes, que refiere a las localidades de Kennedy con el 4,05%, Los Mártires con el 3,49% del total de los datos, Santa Fe 3,125%, seguidas por San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe con el 1,70%. Menos del 1 % están en las localidades de Fontibón, Puente Aranda. Finalmente, con los menores niveles de representatividad se encuentran las localidades de La Candelaria, Chapinero, Tunjuelito, Usaquén y Barrios Unidos ².

Estas tendencias espaciales de localización pueden explicarse a partir de diversos factores socioeconómicos que han incidido en los procesos migratorios de los pueblos indígenas hacia la ciudad de Bogotá, provenientes de sus territorios de origen, y en su posterior asentamiento tanto en zonas centrales como en áreas periféricas de la ciudad. Bajo este marco, persiste la tendencia de asentamiento en las periferias urbanas, donde la población indígena migrante accedió a suelos de menor costo, frecuentemente en zonas carentes de planeación, donde han logrado estructurar dinámicas políticas y económicas propias. Es imperativo diferenciar estos procesos del caso de los pueblos Muisca de Bosa y Muysca de Suba, cuyo arraigo responde a un territorio heredado ancestralmente. No obstante, en ambos escenarios, las profundas desigualdades sociales exacerban los riesgos en el proceso salud-enfermedad; el desplazamiento de sus territorios de origen, sumado a factores urbanos como la contaminación ambiental, deficientes condiciones de movilidad y la inseguridad que deterioran sus condiciones de vida en Bogotá.

² En el *Apéndice A*, se relaciona el registro cartográfico individual de los Pueblos Indígenas Pijao (Cabildo Ambiká), Eperārā Siapidaara, Kamëntšá, Kichwa, Inga, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Los Pastos, Tubü Hummürimassay Wounaan Nonam. A través de este ejercicio, se relaciona la distribución poblacional específica de estas comunidades en Bogotá y las características de sus sectores de asentamiento.

Desde otra perspectiva, **de acuerdo con Claval (2002)**, la reconstrucción del territorio en las zonas receptoras de Bogotá es un proceso fundamental tras la migración, ya que se convierte en el espacio donde se otorgan sus cosmovisiones, lo moldean y se crea conciencia al pertenecer a él, cambiando sus dinámicas como colectivo al enfrentarse a las tensiones presentes en la ciudad de Bogotá

1.2. Contexto poblacional

Para este apartado, se utilizaron las mismas bases de datos que para el contexto territorial, correspondientes a los registros censales del primer semestre de 2025 de los pueblos indígenas Ambiká Pijao, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Kichwa, Inga, Los Pastos, Eperãrã Siapidaara, Wounaan Nonam y Kamëntšá, así como a los registros de 2024 de los pueblos Yanacona, Uitoto y Tubü Hummürimassa. Tras el proceso de depuración de las bases censales, que incluyó la eliminación de registros duplicados y de personas fallecidas, se obtuvo un total de 24071 personas indígenas registradas³. En la siguiente tabla se encuentra la distribución de la población según el pueblo indígena:

Tabla 2.

Cantidad de personas por Pueblo Indígena. Bogotá 2024 – 2025

Pueblo indígena	Cantidad
Muysca de Suba	10715
Muisca de Bosa	4889
Ambiká Pijao	2633
Kichwa	2322
Los Pastos	981
Inga	850
Uitoto	505
Wounaan Nonam	312
Kamëntšá	276
Yanacona	222
Nasa	154
Tubü Hummürimassa	129
Eperãrã Siapidaara	83

³ En la depuración de duplicados se identificaron 74 casos con coincidencia en el número de documentos. Sin embargo, no fueron eliminados debido a diferencias en nombre y fecha de nacimiento, lo que sugiere posibles errores en el registro del documento, posiblemente asociado a la persona con el jefe de hogar.

Total, general	24071

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, la población total de Colombia era de 48.258.494 habitantes, de los cuales el 4,4% se auto identificó como indígena. Así mismo según el Análisis de Condiciones de Vida, Salud y Enfermedad de los Pueblos Indígenas de Bogotá (SDS, 2023), se estimó una población de 7.412.566 habitantes en Bogotá donde el 0,25 % de esta población se reconoció como miembro de un pueblo indígena. Al contrastar el total de 24071 con la población indígena reportada en Bogotá, se evidencia un incremento poblacional estimado del 0,32 %, equivalente a 5.188 personas indígenas adicionales a nivel distrital.

Tabla 3.

Distribución por sexo de la población indígena, Bogotá 2024-2025

Bogotá D.C.	Total, Mujeres	Porcentaje	Total, Hombres	Porcentaje
24071	12327	51,2%	11744	48,8%

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

La distribución por sexo de la población indígena residente en la ciudad evidencia una ligera predominancia femenina, con un 51,2 % (n = 12.327) de mujeres y un 48,8 % (n = 11.744) de hombres. Esta mayor representación femenina se observa en los pueblos Ambiká Pijao, Muysca de Suba, Muisca de Bosa, Kichwa, Inga, Los Pastos, Yanacona, Wounaan Nonam, Nasa, Kamëntšá y Eperãrã Siapidaara, donde la proporción de mujeres supera el 50 % del total poblacional. Por el contrario, en los pueblos Uitoto y Tubü Hummürimassa, la población masculina presenta una mayor representatividad, con proporciones superiores al 50 %.

En relación con la estructura por quinquenios de vida, se identifica una presencia significativa de población indígena en los primeros quinquenios de vida⁴. En el grupo de 0 a 4 años se registran 230 hombres y 246 mujeres; en el grupo de 5 a 9 años, 539 hombres y 604 mujeres; y en el grupo de 10 a 14 años, 852 hombres y 838 mujeres. Esta distribución etaria evidencia una base poblacional joven, característica de poblaciones con niveles relativamente altos de natalidad o en procesos de transición demográfica temprana o intermedia.

Entre los 15 a los 19 años, la población masculina supera ligeramente a la población femenina con 1158 frente a 1004 personas y en el grupo de edad de 20 a 24, tenemos 1119 hombres frente a 1050 mujeres. Lo cual puede responder a patrones migratorios (jóvenes

⁴ Para la depuración de la base de datos en la variable edad, se identificaron 22 casos del total de la población sin fecha de nacimiento registrada. En consecuencia, estos registros no son clasificados dentro de los grupos etarios establecidos.

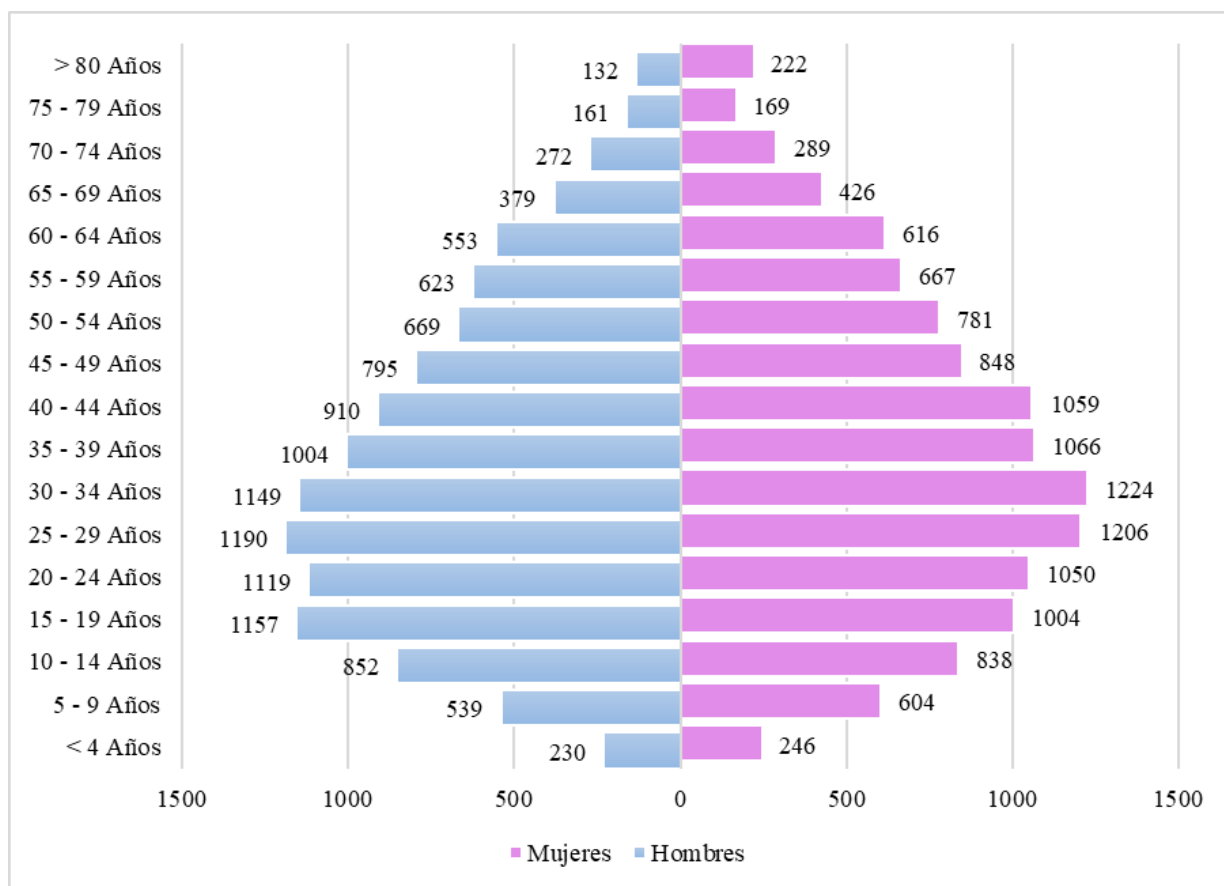
hombres que migran primero) o simplemente a fluctuaciones demográficas. En los grupos de edad correspondientes a la población adulta en edad productiva, particularmente en el rango de 25 a 29 años, se observa una mayor participación de mujeres indígenas frente a los hombres, con 1206 mujeres y 1190 hombres. Esta diferencia puede estar asociada a procesos de asentamiento urbano vinculados a oportunidades laborales, educativas y a la consolidación de redes familiares y comunitarias en la ciudad, especialmente en el caso del pueblo Muisca, que es originario del territorio y concentra la mayor proporción de población indígena residente en Bogotá.

A partir de los 30 y hasta los 59 años, la distribución por sexo tiende a mantenerse relativamente equilibrada, evidenciándose diferencias moderadas entre hombres y mujeres en los distintos rangos etarios: 1149 hombres frente a 1224 mujeres en el grupo de 30 a 34 años; 1004 frente a 1066 en el de 35 a 39 años; 910 frente a 1059 en el de 40 a 44 años; 795 frente a 848 en el de 45 a 49 años; 669 frente a 781 en el de 50 a 54 años; y 623 frente a 667 en el de 55 a 59 años. Esta tendencia sugiere una estructura poblacional relativamente estable y balanceada durante la etapa adulta, coherente con procesos de arraigo territorial y permanencia urbana, particularmente entre los pueblos indígenas con presencia histórica en la ciudad, como el pueblo Muysca de Suba y Muisca de Bosa.

Para los grupos de edad de 60 años y más, se observa una disminución progresiva de la población, comportamiento esperado dentro de la dinámica demográfica asociada al envejecimiento. En el grupo de 60 a 64 años se registran 553 hombres frente a 616 mujeres. Para el rango de 65 a 69 años, la población corresponde a 379 hombres y 426 mujeres. En el grupo de 70 a 74 años se identifican 272 hombres frente a 289 mujeres, mientras que entre los 75 y 79 años se registran 161 hombres y 169 mujeres. Finalmente, en el grupo de 80 años y más se contabilizan 132 hombres y 222 mujeres.

La mayor proporción de mujeres en edades mayores puede reflejar una mayor esperanza de vida de las mujeres indígenas, un patrón común también en muchas poblaciones, o simplemente diferencias en la mortalidad acumulada.

Figura 2. *Pirámide poblacional de los pueblos indígenas. Bogotá 2024 - 2025*



Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

En resumen, por cada 100 mujeres existen 95 hombres. En este caso, las oportunidades no deben estar determinadas por el sexo, sino garantizadas a partir de un enfoque de igualdad de género que asegure los mismos derechos y oportunidades para todas las personas. Esto resulta fundamental, ya que impulsa un crecimiento económico más inclusivo y sostenible, promueve sociedades más justas y pacíficas y permite maximizar el potencial de la población. En este sentido, el fortalecimiento de las actividades dirigidas a las mujeres indígenas puede favorecer, a futuro, la implementación de proyectos que consoliden y amplíen su participación y desarrollo.

Tabla 4.

Indicadores demográficos población Indígena de Bogotá, D.C. 2024 - 2025

Índice Demográfico	Año 2025
Población total	24071
Población Hombres	11744
Población Mujeres	12327
Relación hombres: mujer	95
Razón niños: mujer	7
Índice de infancia	14
Índice de juventud	28
Índice de vejez	9
Índice de envejecimiento	61
Índice demográfico de dependencia	29,11
Índice de dependencia infantil	18,07
Índice de dependencia mayores	11,03
Índice de Friz	68,4

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

La razón *niños-mujer* es un indicador demográfico que ofrece una medida aproximada de la fecundidad y permite comprender la estructura poblacional a partir de la relación entre los grupos de edad más jóvenes y las mujeres en edad reproductiva. Este indicador se utiliza para obtener una visión general de las dinámicas de fecundidad y de la estructura por edad de una población, particularmente en contextos donde se dispone de información censal básica. En este sentido, constituye una herramienta útil para identificar tendencias demográficas generales.

Para la población indígena residente en Bogotá, la razón niños-mujer presenta un valor promedio de 7. Al analizar este indicador por pueblo indígena, se evidencia una marcada heterogeneidad en los comportamientos reproductivos. El valor más alto corresponde al pueblo Wounaan Nonam, con una razón de 47,6, lo que sugiere una fecundidad significativamente elevada, mientras que el valor más bajo se registra en el pueblo Muysca de Suba, con una razón de 3,6, reflejando dinámicas reproductivas asociadas a contextos urbanos consolidados y procesos de transición demográfica más avanzados.

El Índice de Infancia muestra, en promedio, la presencia de 14 personas menores de 15 años por cada 100 habitantes. En este indicador se destacan diferencias importantes entre pueblos: el pueblo Tubü Hummürimassapresenta 10 menores por cada 100 personas, mientras que el pueblo Wounaan Nonam alcanza una relación de 39 menores de 15 años por cada 100 personas, lo que sugiere una estructura poblacional más joven y una mayor continuidad generacional en esta comunidad indígena residente en Bogotá.

Por su parte, el Índice de juventud indica un promedio de 28 personas jóvenes por cada 100 habitantes. El pueblo Ambiká Pijao presenta un valor particularmente bajo, con 2 jóvenes por cada 100 personas, mientras que el pueblo Tubü Hummürimassaregistra una proporción elevada de jóvenes, con 35 por cada 100 personas. Esta distribución señala la necesidad de orientar acciones diferenciales dirigidas a la población joven indígena, especialmente en contextos urbanos donde los procesos de transición educativa, laboral y cultural requieren acompañamiento específico.

El Índice de Vejez, que clasifica la estructura poblacional en niveles bajo (<30), moderado ($30-60$) o alto (>60), presenta un valor promedio de 8 personas mayores por cada 100 habitantes entre los pueblos indígenas, lo que indica una baja proporción de población adulta mayor en el conjunto de pueblos indígenas. Además, se observan diferencias relevantes, dado que mientras el pueblo Muysca de Suba registra 12 personas mayores por cada 100 habitantes, evidenciando una mayor presencia de adultos mayores, el pueblo Eperã Siapidaara presenta únicamente 1 persona adulta mayor de 60 años por cada 100 habitantes.

Sin embargo, también es fundamental matizar este dato desde la cosmovisión Eperã, donde el estatus de 'persona adulta mayor' inicia a los 40 años, cuando el individuo alcanza el máximo aprendizaje, reservando para los 60 años el rol de 'abuelos maestros' orientados al disfrute de sus logros. Pese a estas distinciones culturales, la reducida presencia de adultos mayores en términos demográficos puede dificultar los procesos de transmisión intergeneracional de saberes ancestrales, particularmente aquellos asociados a la medicina tradicional y al conocimiento propio.

El Índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la población adulta mayor y la población infantil, se ubica en un valor promedio de 61, lo que indica una tendencia moderada al envejecimiento poblacional. En este indicador, el pueblo Muysca de Suba presenta el valor más alto (126), reflejando un proceso de envejecimiento más avanzado, mientras que el pueblo Eperã Siapidaara registra un valor de 4, lo que evidencia una estructura poblacional predominantemente joven y una baja tendencia al envejecimiento.

En cuanto al Índice demográfico de dependencia, este expresa la cantidad de personas en edades no productivas por cada 100 personas en edad de trabajar. Para la población indígena residente en Bogotá, este indicador se ubica en 29, lo que significa que por cada 100 personas en edad productiva existen 29 personas dependientes, reflejando una carga moderada para la población activa.

El Índice de dependencia infantil, que relaciona la población menor de 15 años con la población entre 15 y 64 años, presenta un valor de 18. Esto indica que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 18 niños y niñas, lo que equivale aproximadamente a cinco personas en edad productiva por cada menor de 15 años.

Por su parte, el Índice de dependencia de personas mayores, que expresa la relación entre la población de 65 años y más y la población en edad productiva, se sitúa en 11. Este valor señala una presión relativamente baja de la población adulta mayor sobre la población activa, aunque con implicaciones importantes para la planificación de servicios de salud y protección social en aquellos pueblos con mayores niveles de envejecimiento.

El Índice de Friz, que relaciona la población menor de 20 años con la población entre 30 y 49 años, se ubica en 68. De acuerdo con este indicador, doce (12) pueblos indígenas se clasifican dentro de la categoría de población madura (valores entre 60 y 160), mientras que el

pueblo Wounaan Nonam se clasifica como población joven, evidenciando una estructura etaria más expansiva. En relación con la frecuencia relativa por ciclo de vida al interior de los pueblos indígenas, la siguiente tabla presenta la distribución porcentual de la población según cada etapa del curso de vida.

Tabla 5.

Proporción de la población por ciclo vital. Pueblos indígenas. Bogotá 2024 – 2025

Ciclo vital	2025	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0-5 años)	664	2,76
Infancia (6 a 11 años)	1586	6,59
Adolescencia (12 a 17 años)	2348	9,75
Juventud (18 a 28 años)	4929	20,48
Adulthood (29 a 59 años)	11306	46,97
Vejez (60 y más)	3216	13,36
Sin Dato	22	0,09
Total	24071	100

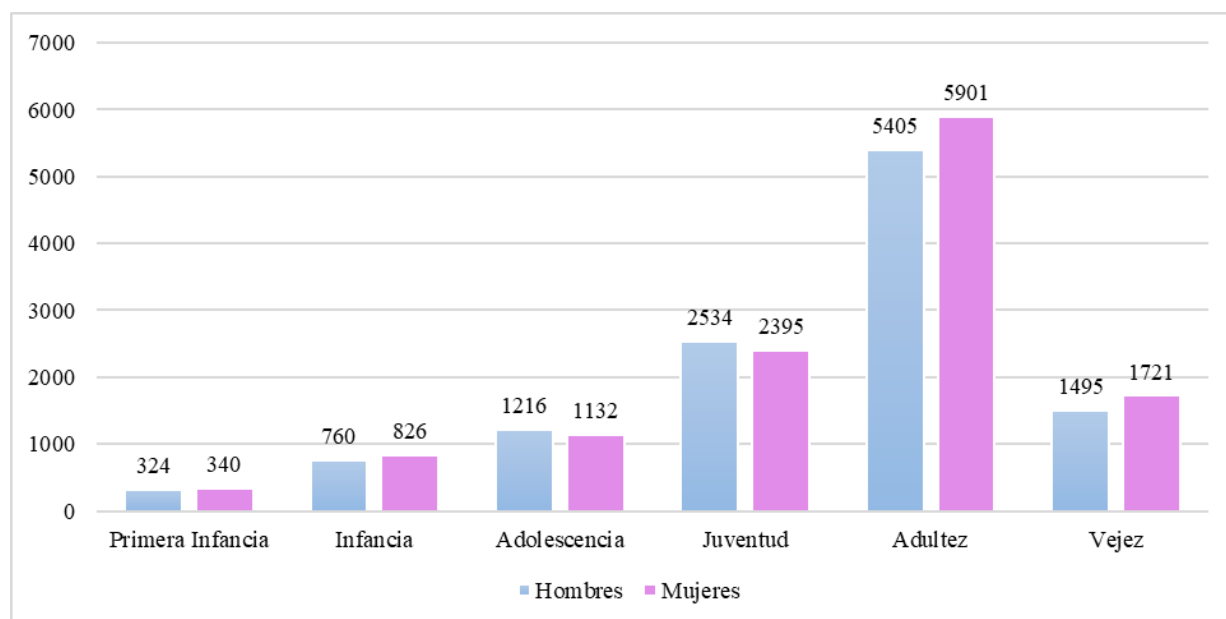
Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

Para el curso de vida de primera infancia (0 a 5 años), se representa con una tasa porcentual de 2,76%. En este grupo específicamente mantiene una proporción muy baja dentro de la estructura poblacional. Respecto al curso de vida de infancia (6 a 11 años) su frecuencia relativa corresponde a 6,59%, comparado con primera infancia el incremento porcentual presenta un comportamiento moderado. Para el curso de vida de adolescencia (12 a 17 años), se encuentra representado por un 9,75% lo que refleja un crecimiento progresivo poblacional. En el curso de vida de juventud (18 a 28 años) corresponde al 20,48%, esta distribución porcentual refleja un crecimiento demográfico significativo y constituye una fuerza social y productiva relevante con pertinencia cultural.

El curso de vida de adultez (29 a 59 años) concentra el 46,97 % de la población total, constituyéndose como el grupo con mayor representatividad. Esta alta proporción evidencia una estructura poblacional asociada principalmente a la fuerza laboral y productiva de los pueblos indígenas. Por su parte, el curso de vida de las personas adultas mayores (60 años y más) representa el 13,36 % del total de la población. Este grupo cumple un papel fundamental como portador de saberes ancestrales, memoria histórica y procesos de transmisión cultural al interior de los pueblos indígenas. La siguiente gráfica refleja bajas tendencias de natalidad, un envejecimiento poblacional moderado y la necesidad de fortalecer la planificación en temas de educación, empleo y salud para los grupos con mayor representatividad, especialmente juventud y adultez. En términos generales, se identifica una transición demográfica

caracterizada por una mayor proporción de población adulta frente a la infantil, así como una creciente demanda de servicios dirigidos a la población adulta y mayor

Figura 3. Población por sexo y ciclo de vida. Pueblos indígenas. Bogotá 2024 – 2025.



Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025).

En cuanto a la distribución por sexo, se observa una ligera predominancia masculina en primera infancia, con 340 hombres frente a 324 mujeres; en infancia, con 826 hombres y 760 mujeres; en adultez, con 5.901 hombres y 5.405 mujeres; y en vejez, con 1.721 hombres y 1.495 mujeres. Por su parte, en adolescencia el número de mujeres, 1.216, supera levemente al de hombres; 1.132, al igual que en juventud, donde se registran 2.534 mujeres frente a 2.395 hombres.

No obstante, las diferencias no son ampliamente significativas, lo que evidencia una estructura poblacional equilibrada entre géneros. En términos generales, la población se concentra en edades productivas, especialmente en los grupos de juventud y adultez. Este panorama, que condiciona la planeación de servicios sociales y económicos, requiere observar las consideraciones propias sobre la edad en los pueblos indígenas. En su cosmovisión, cada etapa del ciclo de vida constituye una forma de ser y hacer en el mundo distinta a la occidental; así, la población mayor no solo es vital para la transmisión de saberes, sino que representa el soporte integral de la comunidad en múltiples dimensiones.

2. Aseguramiento en Salud

El aseguramiento trasciende el trámite administrativo de afiliación para consolidarse como un pilar estratégico en la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Su relevancia radica en su capacidad para mitigar barreras de acceso, reducir inequidades

territoriales y cerrar brechas estructurales de atención, asegurando así una respuesta institucional oportuna, continua y culturalmente pertinente.

Este aseguramiento debe comprenderse desde un enfoque diferencial e intercultural que reconozca la diversidad organizativa y territorial de los pueblos indígenas, así como sus concepciones propias de salud y equilibrio. Sin embargo, es preciso advertir que categorías como 'bienestar' suelen ser resultado de análisis bajo la lógica cultural occidental; por tanto, no es posible reducir las formas indígenas de concebir y mantener la vida a una serie de conceptos que deban ser traducidos para el entendimiento externo. Bajo esta premisa, un sistema adecuado no solo facilita el acceso a servicios biomédicos, sino que propicia una articulación real que respete la autonomía, el gobierno propio y la naturaleza irreductible de los saberes ancestrales.

En principio, el aseguramiento en salud debería configurarse como un elemento estratégico para la protección de la vida de los pueblos indígenas; no obstante, esta premisa se ve comprometida por las persistentes barreras de acceso y la ausencia de una verdadera integralidad que respete la medicina propia y los saberes ancestrales. Es imperativo precisar que la existencia formal de una afiliación no garantiza que las condiciones de atención favorezcan el cuidado de las comunidades. Por lo tanto, para que el aseguramiento trascienda el trámite administrativo y se convierta en un pilar del bienestar, debe superar su lógica actual y garantizar procesos que reconozcan efectivamente la dimensión física, emocional, espiritual y territorial de la salud indígena.

En este marco, resulta pertinente analizar aspectos clave como el tipo de régimen de afiliación, el lugar de afiliación y las principales Entidades Promotoras de Salud (EAPB) a las cuales se encuentran vinculadas las personas indígenas, con el fin de comprender la dinámica del aseguramiento y su impacto en las condiciones de acceso y atención en salud.

2.1. Estado de aseguramiento por régimen

Para el desarrollo de este apartado se utilizaron los listados censales del primer semestre de 2025 correspondientes a los pueblos indígenas Ambiká Pijao, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Kichwa, Inga, Los Pastos, Eperãrã Siapidaara, Wounaan Nonam y Kamëntšá, así como los registros de 2024 de los pueblos Yanacona, Uitoto y Tubü Hummürimassa. Esta información fue cruzada con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) por el grupo de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud.

Del total de 24.071 registros, se identificó que 862 casos no cuentan con una identificación válida, lo que limita la verificación de su estado de afiliación. En consecuencia, el análisis se realiza sobre la población con información validada en el sistema. Obteniendo el estado de aseguramiento en salud que se distribuye en la siguiente tabla:

Tabla 6.

Estado de aseguramiento en salud de trece pueblos indígenas por sexo, Bogotá, D.C. 2025

Pueblo	Régimen Contributivo	Régimen de excepción	Régimen Subsidiado	Sin afiliación	Total, general

	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Muysca de Suba	3324	3749	99	110	1631	1491	13	3	10420
Muisca de Bosa	1534	1577	45	53	823	778	0	0	4810
Ambiká Pijao	762	873	35	29	389	503	3	0	2594
Kichwa	182	172	3	3	836	882	4	4	2086
Los Pastos	277	331	12	16	129	131	0	0	896
Inga	118	133	4	2	283	296	0	0	836
Uitoto	108	118	10	9	119	100	0	0	464
Wounaan Nonam	45	47	0	2	110	93	0	0	297
Kamëntšá	52	60	1	3	60	62	0	0	238
Yanacona	68	77	4	1	33	32	0	0	215
Nasa	41	35	2	2	31	39	0	0	150
Tubü Hummürimassa	23	23	3	0	37	35	0	0	121
Eperārã Siapidaara	21	17	0	0	18	26	0	0	82
Total	6555	7212	218	230	4499	4468	20	7	23209

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

Los resultados evidencian que el régimen contributivo concentra el mayor número de afiliaciones, con 13.767 personas, lo que refleja una importante vinculación al sistema de salud a través de relaciones laborales o capacidad de pago. En segundo lugar, se encuentra el régimen subsidiado, con 8.967 personas, lo que da cuenta de la persistencia de condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en una proporción significativa de la población indígena.

Por su parte, el régimen de excepción⁵ presenta una participación menor, con 448 personas, mientras que la población sin afiliación asciende a 27 casos, lo que, aunque representa una proporción baja, evidencia la existencia de brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud. En términos generales, la distribución por sexo es equilibrada en todos los regímenes, con una ligera mayor participación de mujeres, lo cual resalta la importancia de incorporar enfoques diferenciales de género en las estrategias de aseguramiento.

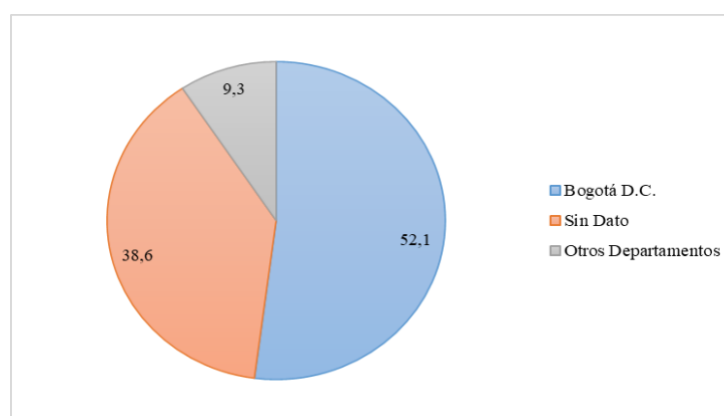
Al analizar la distribución por pueblo indígena, se observa una mayor concentración poblacional en los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa, seguidos por Ambiká Pijao y Kichwa. En un nivel intermedio se ubican pueblos como el Pueblo de Los Pastos e Inga, mientras que Kamëntšá, Tubü Hummürimassa, Yanacona, Eperãrã Siapidaara y Nasa presentan tamaños poblacionales más reducidos.

El grupo con mayor número de personas indígenas sin aseguramiento es el pueblo Muysca de Suba y ocupando el segundo lugar se encuentra el pueblo de los Kichwa. Esto indica que, aunque estos pueblos presentan altos niveles de aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, todavía existen subgrupos que permanecen sin cobertura. En el caso particular del pueblo Kichwa, esta situación se asocia a las dinámicas de movilidad transnacional, dado que una parte de su población mantiene procesos migratorios recurrentes entre Ecuador y Colombia. Esta condición puede generar intermitencias en la afiliación, periodos sin aseguramiento o dificultades para formalizar la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2. Aseguramiento en salud según el lugar de afiliación.

El análisis del lugar de afiliación muestra que el 52,1% de la población (12.068 personas) se encuentra asegurada en Bogotá, lo que indica un nivel importante de cobertura local. Dentro de este grupo, el pueblo Muysca de Suba presenta la mayor concentración, seguido por el pueblo Ambiká Pijao.

Figura 4. *Aseguramiento en salud según el lugar de afiliación. Pueblos indígenas. Bogotá 2024 – 2025.*



⁵ Es el sistema de seguridad social independiente que ofrece coberturas especiales a sectores específicos debido a sus funciones o riesgos particulares.

Nota. Elaboración propia con base en los Listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas, remitidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025)

Sin embargo, uno de los elementos más relevantes del análisis es la alta proporción de personas clasificadas en la categoría “Sin dato”, que alcanza el 38,6% (8.947 registros). Esta cifra sugiere problemas en la calidad o actualización de la información, así como posibles situaciones de movilidad o falta de georreferenciación en el sistema de aseguramiento. En esta categoría se concentran principalmente pueblos como Muisca de Bosa, Kichwa, Inga y Los Pastos, lo que indica que estos grupos presentan mayores dificultades en la trazabilidad de su afiliación.

Adicionalmente, se evidencia que una parte importante de la población indígena residente en Bogotá, con el 9,3% (2167 personas) se encuentra asegurada en otros departamentos del país, como Cundinamarca, Meta, Boyacá, Nariño y Tolima. Esta situación refleja la persistencia de vínculos territoriales con los lugares de origen, así como dinámicas de migración interna hacia la capital.

El hecho de que muchas personas estén afiliadas en territorios distintos a Bogotá tiene varias implicaciones importantes. En primer lugar, genera barreras en el acceso efectivo a los servicios de salud, ya que las redes de atención y prestación de servicios no siempre coinciden con el lugar de residencia actual. Esto puede traducirse en dificultades para obtener citas, autorizaciones o tratamientos, afectando la oportunidad de la atención.

En segundo lugar, se produce una fragmentación en la continuidad del cuidado, dado que la información clínica y los procesos de atención pueden estar distribuidos entre diferentes territorios. Esto es especialmente problemático en el manejo de enfermedades crónicas o en la necesidad de seguimientos permanentes.

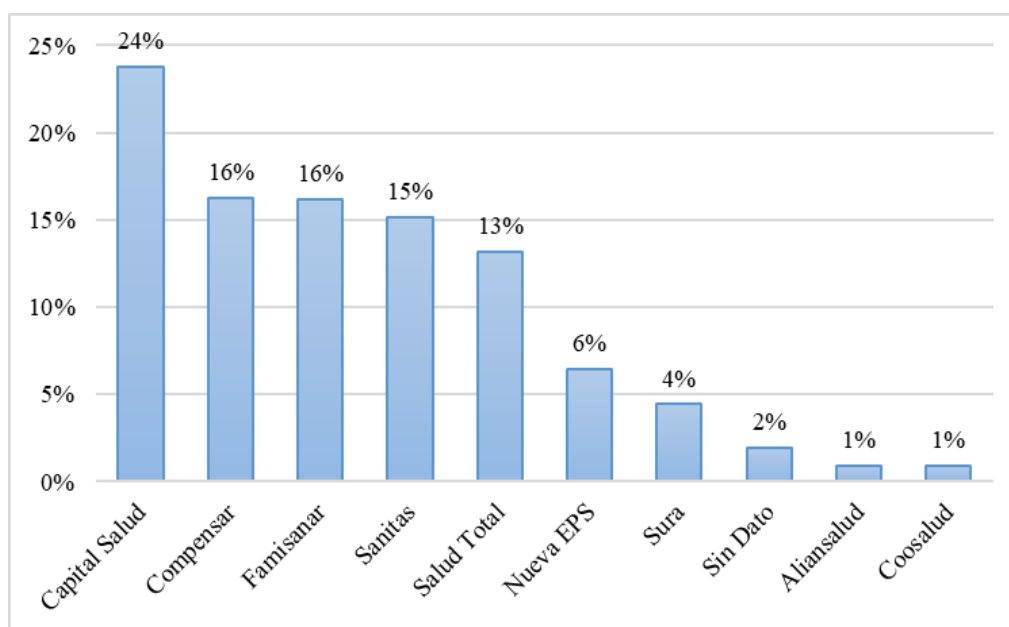
Asimismo, existe un desajuste entre el lugar de afiliación y el lugar de residencia, lo que genera ineficiencias en el sistema de salud y limita la capacidad de las instituciones locales para planificar y responder adecuadamente a las necesidades de esta población. A esto se suma la dificultad para implementar un enfoque diferencial e intercultural en salud, ya que la dispersión y la falta de articulación institucional dificultan el reconocimiento de prácticas propias y la adaptación de los servicios. Finalmente, el alto porcentaje de registros sin información clara evidencia debilidades en los sistemas de información, lo que afecta la toma de decisiones, la asignación de recursos y el diseño de políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas en contextos urbanos.

2.3. Afiliación por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)

La distribución muestra una alta concentración en pocas EPS. Capital Salud lidera con el 24% (5,512) del total. Le siguen Compensar y Famisanar con el 16% (3,775 y 3,754 respectivamente), Sanitas con el 15% (3,514) y Salud Total con el 13% (3,049). Estas cinco entidades concentran en conjunto alrededor del 84.6% de todos los afiliados, lo que evidencia una focalización para temas de enfoque diferencial. En un segundo nivel se encuentran Nueva EPS con el 6% afiliados (1,487) y Sura con el 4% (1,025), que, aunque tienen menor participación, siguen siendo actores relevantes dentro del sistema.

El resto de las EPS presentan participaciones mucho más bajas. Entre ellas están Aliansalud (210), Coosalud (203), Mallamas (95) y Emssanar (33). También se identifican 448 registros sin datos (1.9%), lo que sugiere inconsistencias o falta de información en la base de datos.

Figura 5. Afiliación por EAPB para población indígena en Bogotá 2025.



Nota. Elaboración propia con base en los listados censales de los Catorce Pueblos Indígenas 2024-2025 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2025).

El análisis del aseguramiento en salud de la población indígena en Bogotá evidencia avances importantes en términos de cobertura, especialmente en los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la calidad de la información, la afiliación en departamentos distintos al lugar de residencia y la existencia de grupos sin aseguramiento.

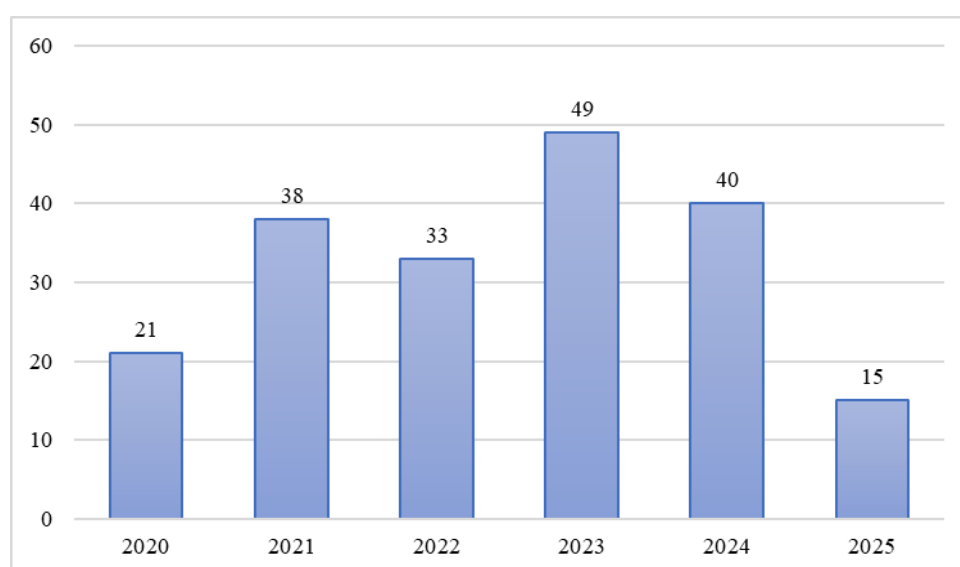
3. Natalidad

Los nacimientos en las comunidades indígenas constituyen un indicador fundamental de natalidad, en tanto reflejan la dinámica demográfica, la continuidad de la vida colectiva y la pervivencia cultural de los pueblos indígenas. Más allá de su valor estadístico, el registro y análisis de los nacimientos permiten comprender los procesos de reproducción social, familiar y comunitaria, así como las condiciones de cuidado materno, perinatal y neonatal en los territorios.

Asimismo, contar con información oportuna y desagregada sobre los nacimientos en comunidades indígenas resulta clave para la planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en salud, particularmente en lo relacionado con la atención materno-perinatal, el aseguramiento en salud y la articulación entre el sistema de salud occidental y la salud propia.

A continuación, se presentan los resultados de los nacimientos según el año, con información obtenida de la base de datos de nacidos vivos remitida por la Secretaría Distrital de Salud, con corte desde el año 2020 hasta el primer trimestre de 2025. Cabe señalar que, durante el proceso de depuración de la información, se identificaron inconsistencias relacionadas con el registro de los nombres de los pueblos indígenas, entre ellas errores ortográficos, registros asociados a municipios de origen, uso de gentilicios como criterio de identificación, espacios en blanco y casos en los que la pertenencia étnica se establecía únicamente a partir de los apellidos. Tras este proceso de validación y depuración, se consolidaron un total de 196 nacimientos correspondientes a los 14 pueblos indígenas analizados.

Figura 6. *Distribución de nacimientos de los pueblos Indígenas 2020 – 2025 Bogotá*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la base de datos EEVV. 2020 a 2025 SDS.

Se observa una tendencia variable en el número de nacidos vivos entre los años 2020 y 2025. Inicialmente, se presenta un incremento significativo de 21 nacimientos en 2020 a 38 en 2021. Posteriormente, en 2022 se evidencia una leve disminución a 33 casos, seguida de un nuevo aumento en 2023, año en el que se alcanza el valor más alto con 49 nacidos vivos.

A partir de 2024 se identifica un descenso en el número de nacimientos, pasando a 40 casos, tendencia que se acentúa de manera marcada en 2025 con 15 nacidos vivos, constituyéndose como el valor más bajo del periodo analizado.

Este comportamiento puede estar asociado a cambios en la dinámica poblacional, posibles subregistros o rezagos en la notificación, especialmente en los años más recientes. En este sentido, se recomienda verificar la calidad y completitud del dato para 2024 y 2025, así como analizar factores relacionados con la captación temprana de gestantes, el acceso a servicios de salud y la posible movilidad o cambios en la afiliación de la población.

A continuación, se presenta la relación de los nacimientos según el año y el pueblo indígena.

Tabla 7.

Nacimientos 2020 - 2025 Población indígena, Bogotá.

Pueblo Indígena	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total, general
Nasa	2	5	7	11	5	4	34
Wounaan Nonam	2	9	3	6	9	4	33
Ambiká Pijao	5	3	3	6	7	3	27
Inga	5	5	6	6	3	0	25
Kichwa	2	3	5	9	6	0	25
Muisca ⁶	0	4	4	4	3	2	17
Uitoto	4	2	2	1	3	1	13
Eperārã Siapidaara	0	1	1	3	3	0	8
Misak	1	3	0	1	0	1	6
Los Pastos	0	1	2	1	1	0	5
Kamëntšá	0	2	0	1	0	0	3
Total	21	38	33	49	40	15	196

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la base de datos EEVV. 2020 a 2025 SDS

Los pueblos con el mayor número acumulado de nacimientos corresponden a Nasa (34 casos) y Wounaan Nonam (33 casos), seguidos por Ambiká Pijao (27 casos), Inga (25 casos) y Kichwa (25 casos). Estos grupos concentran la mayor proporción de nacidos vivos registrados, situación que podría estar asociada tanto a una mayor presencia poblacional en el territorio como a una mayor captación de gestantes pertenecientes a dichos pueblos. En un nivel intermedio se encuentran los pueblos Muisca (17 casos) y Uitoto (13 casos). Por su parte, otros pueblos presentan frecuencias más bajas, entre ellos Eperārã Siapidaara (8 casos), Misak (6 casos), Los Pastos (5 casos) y Kamëntšá (3 casos).

En relación con esta tendencia, la autoridad indígena Eperārã Siapidaara señala que la baja natalidad observada en contextos urbanos podría estar relacionada con factores estructurales, especialmente con la insuficiencia de recursos económicos y la limitada disponibilidad de espacios habitacionales adecuados para el crecimiento y sostenimiento del núcleo familiar.

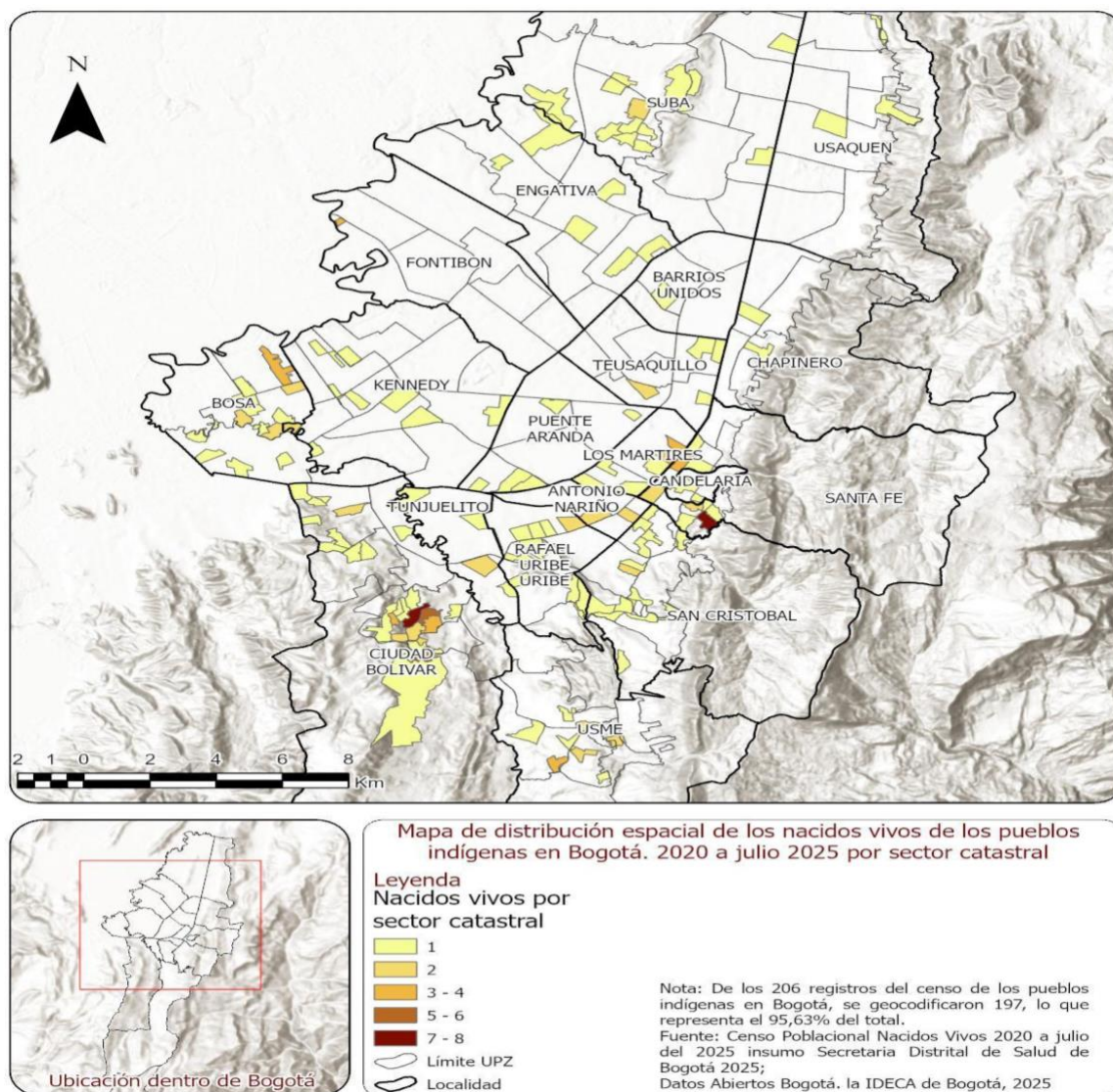
Así mismo, las autoridades del Cabildo Indígena manifiestan que, para la vigencia 2024, el censo interno del Cabildo Inga registra 10 nacidos vivos, evidenciándose una

⁶ En la base de datos de nacidos vivos no se identifica una distinción entre los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa.

diferencia de 7 casos frente a los datos reportados en otras fuentes. De igual manera, para la vigencia 2025, el censo interno del Cabildo Inga reporta 2 nacimientos correspondientes al primer trimestre del año. Estas diferencias permiten evidenciar posibles inconsistencias entre las fuentes consultadas, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de articulación, validación y armonización de la información. Lo anterior resulta especialmente relevante para mejorar la calidad, consistencia y confiabilidad de los registros relacionados con el pueblo Inga, situación que también se evidencia en el pueblo Muysca Suba, y que pone de manifiesto la importancia de consolidar mecanismos de registro más precisos que permitan una lectura más integral y confiable de las dinámicas demográficas de los pueblos indígenas en contexto urbano.

El mapa que se relaciona a continuación ilustra la distribución espacial de los nacidos vivos de los pueblos indígenas en Bogotá entre 2020 y primer trimestre de 2025, a escala sector catastral. De los 206 registros censales disponibles, se geocodificaron 197, lo que representa el 95,63 % del total, asegurando un nivel adecuado de representatividad para el análisis espacial. Con respecto a los datos usados dentro del proceso cartográfico, la base contiene la dirección de residencia de las madres con nacidos vivos, localidad, barrio, año de registro pesos del nacido, entre otros; el campo de dirección de residencia de las madres fue puesto a un proceso de geocodificación para su ilustración; el resultado es la georreferenciación de las madres por pueblo en los sectores catastrales de las localidades de la ciudad de Bogotá.

Figura 7. *Distribución espacial de nacidos vivos en pueblos indígenas. Bogotá 2020-2025*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base de Nacidos Vivos entre los años 2020 a julio del 2025, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Los datos georreferenciados muestran una distribución desigual en el territorio, concentrando los nacidos vivos en localidades al sur y suroccidente de la ciudad de Bogotá. En mayor medida, Ciudad Bolívar es la localidad que más concentra nacidos vivos con 50 casos, siendo la UPZ 67 de Lucero con más registros, puntualmente en los sectores catastrales de San Rafael y Bellavista Lucero Alto, que albergan nacidos de los pueblos Pijao y Kichwa; seguidas de las UPZ 68 El Tesoro y 69 Ismael Perdomo, especialmente en los sectores catastrales de Arabia y Perdomo Alto, respectivamente, de los pueblos Inga, Nasa, Pijao, Wounaan Nonam, Kichwa y Muisca.

Los registros también muestran, en menor medida casos en la UPZ de Jerusalén y Arborizadora. En segundo lugar, la localidad de Santa Fe con 21 casos, donde la UPZ 96 Lourdes, pueblos Inga, Kamëntšá, Muisca, Uitoto, Nasa y Pijao en el sector catastral de El Rocío su concentración; continuando con las UPZ 93 Las Nieves y 95 Las Cruces los pueblos de Inga, Kichwa y Uitoto. Bosa como principal nodo al sur occidente de la ciudad, cuenta con

19 casos los cuales se localizan en la UPZ 84, Bosa Occidental, con casi la mitad de los casos correspondientes a los pueblos de Misak-Misak, Nasa, Eperã Siapidaara, Muisca, Kichwa, Pijao, Uitoto y Wounaan Nonam, seguido por las UPZ 85 Bosa Central, 86 El Porvenir y 87 El Tintal Sur, distribuido espacialmente de forma homogénea y que corresponden a los pueblos Muisca, Inga, Kichwa, Pijao, Wounaan Nonam y Los Pastos.

En un segundo nivel de concentración se encuentran las localidades de San Cristóbal, Usme, Suba y Los Mártires, con registros que oscilan entre 10 y 15 casos de nacidos vivos. En la localidad de San Cristóbal, la mayor concentración se localiza en la UPZ 33 El Sosiego, con 5 casos, seguida de la UPZ 50 La Gloria con 4 casos, la UPZ 34 20 de Julio con 3 casos, la UPZ 32 San Blas con 2 casos y la UPZ 51 Los Libertadores con 1 caso. En estas áreas se registran nacimientos correspondientes a los pueblos Inga, Kichwa, Nasa, Uitoto y Wounaan Nonam. Por su parte, en la localidad de Usme, la concentración principal se presenta en la UPZ 57 Gran Yomasa con 5 casos, seguida de las UPZ 59 Alfonso López y 58 Comuneros, con 4 casos cada una. Finalmente, hacia las zonas más periféricas de la localidad, la UPZ 61 Ciudad Usme registra un caso adicional. En esta localidad se identifican nacimientos asociados a los pueblos Inga, Kichwa, Nasa, Ambiká Pijao y Muisca.

En la localidad de Suba representada las UPZ 28 de El Rincón con 8 casos, seguida de las UPZ 27 Suba, 71 Tibabuyes, 17 San José de Bavaria y 19 El Prado cada una con 1 caso; Eperã Siapidaara, Kichwa, Muisca, Los Pastos, Pijao y Wounaan Nonam los pueblos en esta localidad. Los Mártires localiza los nacidos vivos mayormente en la UPZ 102 La Sabana con 8 y la UPZ 37 Santa Isabel con 3, los pueblos Kichwa, Nasa, Los Pastos, Pijao y Wounaan Nonam. En diferencia, localidades como Chapinero, Barrios Unidos y Fontibón tienen valores más bajos con menos de 5 registros de nacidos vivos.

Los datos evidencian un patrón de concentración espacial de los nacidos vivos en las periferias del sur y suroccidente de Bogotá, mientras que el centro histórico de la ciudad presenta una participación intermedia en el número de casos registrados. Al contrastar esta información con la Figura 1 de asentamiento de las comunidades en las localidades, se identifica una correspondencia entre la distribución territorial de los nacidos vivos y las zonas de residencia de los pueblos indígenas, destacándose una mayor concentración en sectores periféricos de la ciudad.

Esta distribución territorial refleja dinámicas asociadas a condiciones socioeconómicas, disponibilidad de vivienda, acceso a servicios básicos y oferta de suelo de menor costo. Asimismo, permite evidenciar procesos de reterritorialización urbana, mediante los cuales las comunidades indígenas reconfiguran sus prácticas sociales, culturales y formas de relacionamiento territorial en nuevos espacios urbanos de Bogotá.

Estos resultados evidencian que la población indígena en Bogotá se distribuye de manera territorialmente diversa y fragmentada, con una concentración significativa en sectores periféricos históricamente asociados a condiciones de vulnerabilidad social, bajos recursos económicos, déficit de infraestructura y limitaciones en el acceso a servicios públicos. En este sentido, la configuración territorial de la población indígena en el contexto urbano no responde a una distribución homogénea, sino a dinámicas de localización que tienden a focalizarse en áreas periféricas de la ciudad.

Particularmente, el caso de Bosa resulta relevante para comprender estas transformaciones urbanas y sus implicaciones en las condiciones de vida y salud de las

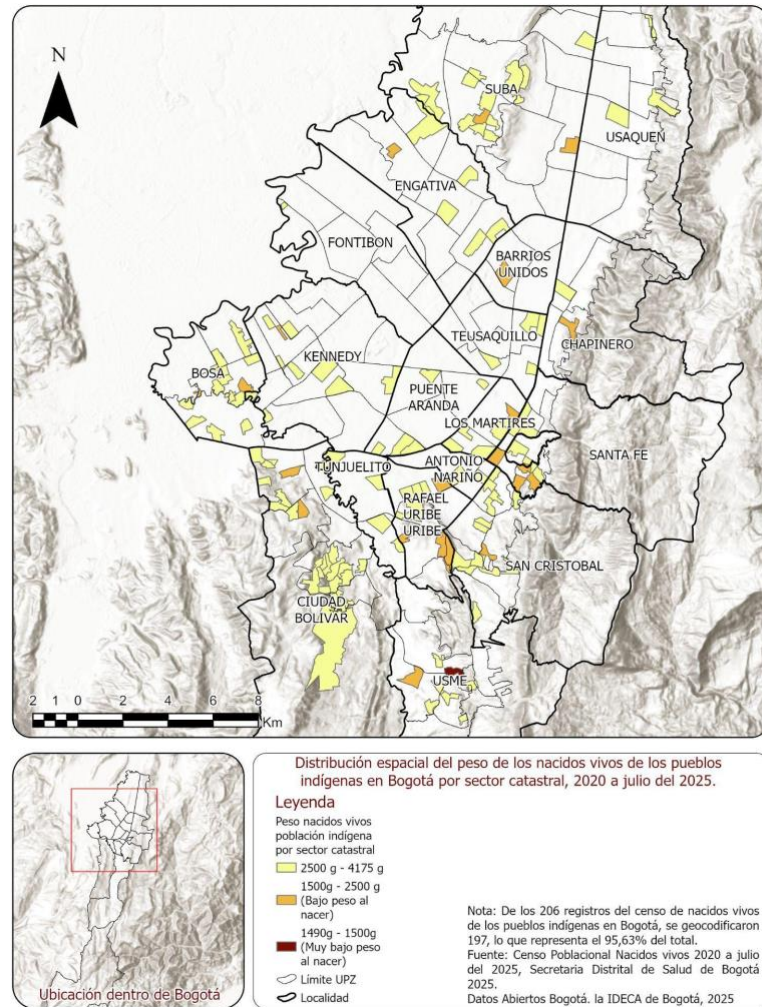
comunidades indígenas. Aunque históricamente Bosa no se configuraba como periferia urbana, los procesos de expansión de la ciudad la han consolidado progresivamente como un territorio periférico, materializando dinámicas de segregación y desigualdad socioespacial. Esta transformación ha incidido en la calidad de vida de la población, especialmente por problemáticas asociadas a la contaminación ambiental, el deterioro de los ríos y las afectaciones derivadas de un crecimiento urbano acelerado y desordenado.

En consecuencia, las condiciones territoriales y ambientales presentes en estas zonas no solo impactan las dinámicas de asentamiento y reproducción social de las comunidades indígenas, sino también sus condiciones generales de salud y bienestar. De esta manera, las periferias urbanas se configuran como espacios de riesgo y desigualdad en el acceso a recursos urbanos, servicios y condiciones ambientales adecuadas (Soja, 2014; Harvey, 2008).

Esta configuración territorial constituye una limitante para el ejercicio efectivo de los derechos colectivos de las comunidades indígenas, en la medida en que restringe el acceso oportuno y adecuado a servicios esenciales de salud. La segregación espacial que caracteriza a las periferias urbanas no solo implica desigualdades materiales, sino también la consolidación de estructuras sociales y simbólicas que condicionan la participación de estas comunidades en los procesos de planificación y toma de decisiones sobre el territorio (Lefebvre, 1968; Borja, 2013).

En este contexto, las condiciones de salud ambiental presentes en dichos territorios representan un riesgo implícito asociado a la exposición a problemáticas como la falta de saneamiento básico, la contaminación ambiental y otras condiciones de precariedad previamente señaladas. Estas dinámicas imponen condiciones territoriales adversas que afectan especialmente a la población materno-infantil indígena, incidiendo no solo en sus condiciones de salud y bienestar, sino también en la preservación y continuidad de las prácticas culturales, de cuidado y de medicina ancestral propias de cada comunidad.

Figura 8. *Distribución espacial de nacidos vivos según el peso en pueblos indígenas. Bogotá 2020-2025*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base de Nacidos Vivos entre los años 2020 a julio del 2025, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

El mapa evidencia la distribución espacial del peso de los nacidos vivos en población indígena por sector catastral en Bogotá, mostrando tres categorías: peso adecuado (2500 g – 4175 g), bajo peso al nacer (1500 g – 2500 g) y muy bajo peso (1490 g – 1500 g).

En términos generales, se observa una mayor concentración de nacidos vivos con peso adecuado en diferentes sectores de la ciudad, lo que sugiere condiciones relativamente favorables en la mayoría de los casos registrados. No obstante, la presencia de casos de bajo y muy bajo peso al nacer se distribuye de manera dispersa, con algunos focos más visibles en zonas específicas.

Las áreas con mayor concentración de casos de bajo peso al nacer se ubican principalmente en localidades del sur y centro de la ciudad, como Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Kennedy, territorios que históricamente presentan mayores condiciones de vulnerabilidad social. Asimismo, se identifican algunos casos en zonas centrales como Los Mártires y Antonio Nariño.

En cuanto a los casos de muy bajo peso al nacer, aunque son menos frecuentes, se concentran en sectores puntuales del centro-sur, lo cual representa un evento de alto riesgo en salud pública, dada su asociación con mayor morbilidad neonatal.

Por otro lado, en localidades del norte como Suba y Usaquén, si bien predominan los nacimientos con peso adecuado, también se evidencian algunos casos aislados de bajo peso, lo que indica que esta condición no es exclusiva de zonas con mayor vulnerabilidad, sino que puede presentarse de manera distribuida en toda la ciudad. aunque la mayoría de los nacidos vivos presentan un peso adecuado, la presencia de conglomerados de bajo y muy bajo peso en zonas específicas de la ciudad evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones focalizadas, especialmente en territorios del sur, orientadas a la captación temprana de gestantes, seguimiento nutricional y mejora en el acceso y calidad de la atención prenatal, con enfoque diferencial para población indígena.

Así mismo en la siguiente tabla se relaciona el curso de vida de la madre de los nacidos vivos que se han analizado.

Tabla 7.
Nacimientos 2020 - 2025 Población indígena, Bogotá.

Pueblo Indígena	Adolescencia	Juventud	Adultez	Total
Nasa	1	16	17	34
Wounaan Nonam	9	16	8	33
Ambiká Pijao	0	13	14	27
Inga	4	14	7	25
Kichwa	1	15	9	25
Muisca	0	9	8	17
Uitoto	1	8	4	13
Eperãã Siapidaara	2	3	3	8
Misak	0	3	3	6
Los Pastos	1	3	1	5
Kamëntšá	0	2	1	3
Total	19	102	75	196

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la base de datos EEVV. 2020 a 2025 SDS

Se analiza la distribución de los nacidos vivos en población indígena según curso de vida materno, concentrados principalmente en las etapas de juventud con el 52% (102 casos) y

adultez con el 38% (75 casos), mientras que la adolescencia registra el 10% (19 casos), siendo el grupo de menor frecuencia.

Por pueblo indígena, se identifican comportamientos diferenciados. El pueblo Nasa presenta principalmente el curso de vida juventud (16) y adultez (17), con un caso en adolescencia. De manera similar, Wounaan Nonam muestra una alta concentración en juventud (16), pero con una participación importante de nacimientos en adolescencia (9 casos), siendo el pueblo con mayor número en este grupo etario. El pueblo Ambiká Pijao concentra sus nacimientos en juventud (13) y adultez (14), sin registros en adolescencia, lo que podría indicar un patrón reproductivo más tardío. Por su parte, Inga y Kichwa presentan una distribución predominante en juventud, con presencia también en adultez y algunos casos en adolescencia.

En contraste, pueblos con menor número de casos como Eperãrã Siapidaara, Misak, Los Pastos y Kamëntšá presentan volúmenes bajos, aunque con presencia ocasional en adolescencia en algunos de ellos.

Sin embargo, este comportamiento de embarazo adolescente debe comprenderse desde una perspectiva intercultural. Para muchos pueblos indígenas, la maternidad y la paternidad trascienden el ámbito individual y biológico, y se relacionan con la pervivencia colectiva, la continuidad del linaje, la transmisión de la lengua y los conocimientos ancestrales, así como con el fortalecimiento del tejido comunitario. En contextos urbanos, tener hijos también puede representar una forma de reafirmar la identidad étnica y garantizar la permanencia cultural.

Por ello, la fecundidad adolescente no debe abordarse exclusivamente desde una óptica de riesgo propia de la medicina occidental, sino a partir de un diálogo intercultural que reconozca los significados culturales de la reproducción.

4. Fertilidad

La fertilidad en los pueblos indígenas trasciende el ámbito biológico, al estar estrechamente vinculada con la pervivencia de los pueblos, la transmisión de saberes ancestrales, la continuidad de los linajes y el fortalecimiento de la identidad colectiva. Por ello, el análisis de la fertilidad en población indígena debe comprenderse desde un enfoque diferencial que reconozca sus prácticas culturales, cosmovisiones y formas propias de cuidado desde la concepción y durante la gestación, el parto y el posparto.

Desde el punto de vista epidemiológico, la fertilidad es un indicador clave que permite comprender la dinámica poblacional, estimar necesidades en salud materno-infantil y orientar la planificación de servicios. En documentos epidemiológicos, su análisis facilita identificar patrones de comportamiento reproductivo, riesgos asociados a la gestación, brechas en el acceso a servicios de salud y desigualdades entre grupos poblacionales. En el caso de los pueblos indígenas, este análisis adquiere mayor relevancia debido a las condiciones de vulnerabilidad estructural que pueden afectar los resultados en salud, como barreras geográficas, económicas, culturales e institucionales.

En relación con las bases utilizadas, es importante señalar que el tamaño de la muestra analizada, conformada por mujeres indígenas en edad fértil (15 a 49 años), es relativamente pequeño, lo que limita la representatividad de los resultados obtenidos. Esta restricción en la muestra puede introducir sesgos de información y dificultar la interpretación precisa del comportamiento real de la fecundidad en la población indígena residente en Bogotá.

Se utilizaron las mismas bases de datos que para el contexto territorial, correspondientes a los registros censales del primer semestre de 2025 de los pueblos indígenas Ambiká Pijao, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Kichwa, Inga, Los Pastos, Eperãrã Siapidaara, Wounaan Nonam y Kamëntšá, así como a los registros de 2024 de los pueblos Yanacona, Uitoto y Tubü Hummürimassa. Teniendo como rango de edad mujeres de 15 a 49 años, encontrando la siguiente relación.

Tabla 8.

Mujeres en edad fértil por curso de vida según el pueblo indígena. 2020 – 2025 (I semestre)

Pueblo Indígena	Adolescencia	Adultez	Juventud	Total
Muysca de Suba	256	2003	990	3249
Muisca de Bosa	110	890	442	1442
Ambiká Pijao	93	464	332	889
Kichwa	86	436	254	776
Los Pastos	18	207	95	320
Inga	22	139	113	274
Uitoto	10	88	48	146
Kamëntšá	6	55	36	97
Wounaan Nonam	8	43	29	80
Yanacona	2	51	13	66
Nasa	5	24	20	49
Tubü Hummürimassa	3	25	13	41
Eperãrã Siapidaara	2	14	11	27
Total	621	4439	2396	7456

Nota: Elaboración propia Base de nacidos vivos 2020 a 2025 (I semestre). Secretaría Distrital de Salud.

El análisis de la fertilidad en población indígena evidencia un total de 7.456 mujeres con una clara concentración en la etapa de adultez con el 60% (4.439), seguida de juventud con el 32% (2.396) y en menor proporción adolescencia con el 8% (621). Este comportamiento indica que la mayor proporción de la población con capacidad reproductiva se encuentra en edades adultas, lo cual es consistente con la estructura demográfica esperada. Sin embargo, la presencia de población en adolescencia, aunque menor en términos absolutos, representa un grupo de especial interés para acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

Por pueblo indígena, se observa que Muysca de Suba (3.249) y Muisca de Bosa (1.442) concentran el mayor número de mujeres en edad fértil, lo cual puede estar asociado a una mayor base poblacional en estos territorios. En ambos casos, predomina ampliamente la adultez, seguida de juventud, con una proporción menor en adolescencia. En un segundo nivel se encuentran pueblos como Ambiká Pijao (889) y Kichwa (776), donde también se mantiene la tendencia de mayor concentración en adultez, aunque con una participación importante de mujeres jóvenes, lo que refleja un potencial reproductivo significativo en estas comunidades.

4. Morbilidad

Para el presente apartado de morbilidad, se presenta información que permite analizar los patrones de enfermedad y los perfiles de atención médica en la población indígena, considerando tanto la frecuencia de consultas como la distribución por tipo de diagnóstico y por pueblo, lo que aporta elementos para la identificación de prioridades en salud y el diseño de estrategias de intervención diferencial.

La morbilidad fue analizada a partir de la salida de información del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, correspondiente al período comprendido entre el año 2020 y el primer semestre de 2025. Durante el proceso de depuración de la información, se evidenció la ausencia de registros correspondientes a los pueblos indígenas Kichwa y Uitoto, para un total de 252.708 registros analizados.

A partir de esta información se examinaron dos aspectos principales: las diez primeras causas de morbilidad y los tipos de atención en salud con mayor frecuencia de registro. En este contexto, se identificó que las diez principales causas de atención en salud en los pueblos indígenas concentran un total de 60286 atenciones, lo que representa el 24% del total de registros. El 76 % restante se distribuye entre otros diagnósticos, lo cual evidencia una marcada heterogeneidad en la demanda de los servicios de salud.

En la Tabla 9 se presentan y describen las principales causas de atención en salud de los pueblos indígenas en Bogotá, correspondientes al período comprendido entre 2020 y el primer semestre de 2025.

Tabla 9.

Atenciones por las 10 primeras causas 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 de acuerdo con la Base de RIPS morbilidad de pueblos indígenas, Bogotá 2025.

Las causas identificadas reflejan una combinación de sintomatología inespecífica, enfermedades crónicas no transmisibles, afecciones infecciosas y servicios de diagnóstico y control. La principal causa de atención corresponde a otros signos y síntomas generales especificados, con el 17 % del total (11.019 atenciones). Este hallazgo sugiere una elevada demanda de atención inicial o consultas por síntomas específicos, que podrían estar asociados a procesos diagnósticos en curso o a condiciones subyacentes no identificadas.

La hipertensión arterial ocupa el segundo lugar, con el 17% (11.015 atenciones), seguida de la caries dental, con el 14 % (8906 atenciones). En conjunto, estas dos causas concentran el 31 % del total de atenciones, lo que evidencia una importante carga de enfermedades crónicas no transmisibles y problemas de salud oral, y resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control en estas áreas.

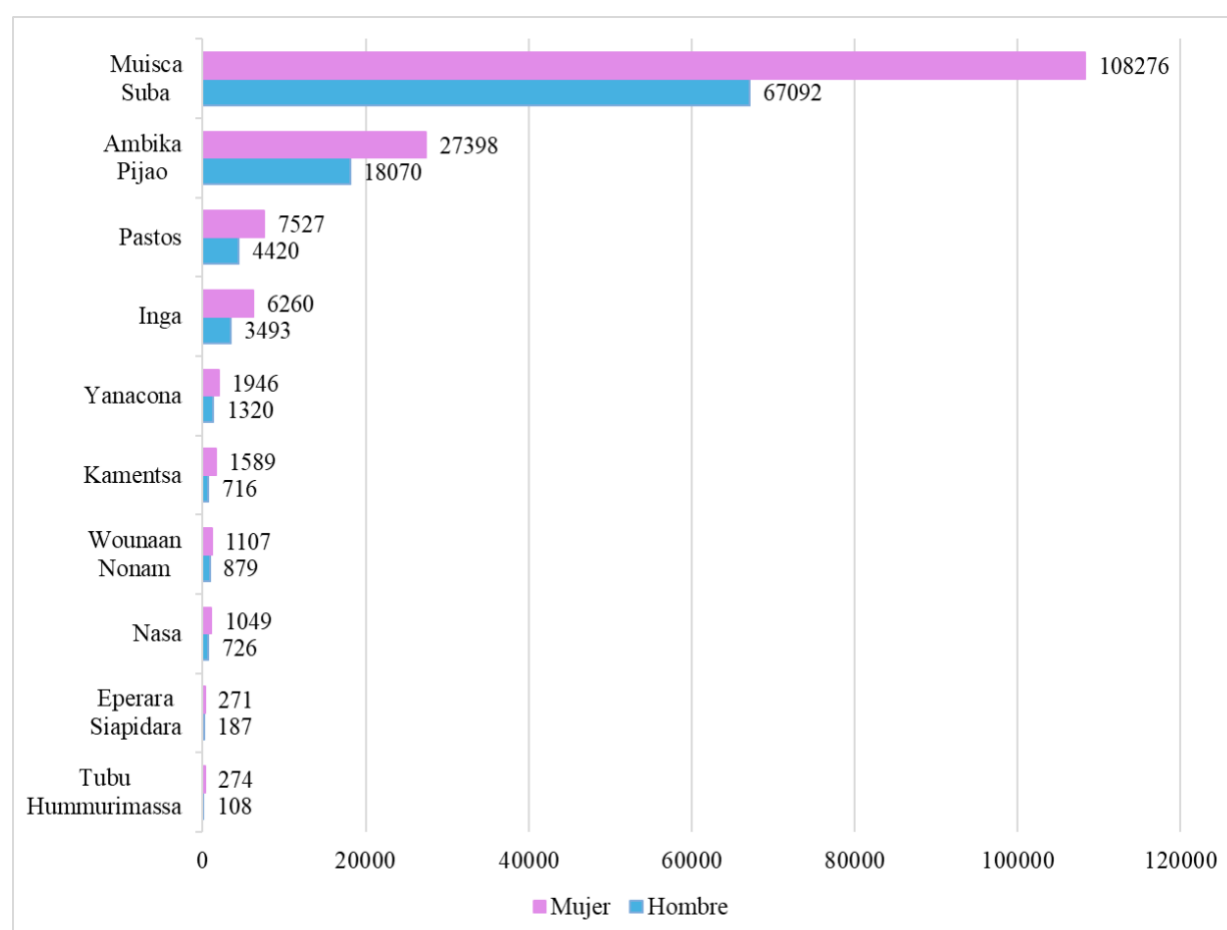
Los exámenes médicos generales y examen de salud ocupacional registran cifras similares con el 11% y 10% representando cada uno el del total (6990 y 6737 atenciones respectivamente). Estos resultados reflejan una demanda significativa de servicios de valoración clínica, seguimiento y control.

El COVID-19 generó el 7% (4792 atenciones), evidenciando el impacto sostenido de la pandemia en la atención en salud durante el período analizado. Por su parte, la rinofaringitis aguda (resfriado común) registró el 7% (4531 atenciones), lo que indica la persistencia de enfermedades respiratorias agudas como motivo frecuente de consulta. Seguidos por la segunda enfermedad crónica siendo esta la Diabetes Mellitus o Diabetes tipo 2 con el 7% (4424 atenciones)

El lumbago representó el 5 % (3532 atenciones) y los exámenes de ojos y de la visión alcanzaron el 5 % (3113 atenciones), asociados principalmente a procesos de evaluación diagnóstica y control preventivo. En conjunto, las diez principales causas concentran la totalidad de las atenciones analizadas, evidenciando un perfil de morbilidad caracterizado por una alta demanda de atención por enfermedades crónicas, problemas de salud oral y servicios de diagnóstico, lo cual resalta la importancia de fortalecer acciones de promoción, prevención y atención integral en salud enfocados en hábitos y estilos de vida.

Continuando con el análisis de morbilidad según el sexo y el pueblo indígena evidencia una mayor participación de mujeres con el 61,6% (155.697 personas) frente a los hombres con el 38,4% (97.011 personas), lo que sugiere una mayor demanda de servicios de salud por parte de las mujeres, posiblemente asociada a su mayor cuidado personal.

Figura 9. Distribución de atenciones en salud según pueblo indígena Bogotá 2020 – 2025.



Nota: Elaboración propia de acuerdo con la Base de RIPS atenciones de pueblos indígenas, Bogotá 2025.

Por pueblo indígena, se observa una alta concentración de atenciones en Muisca Suba con el 69% (175.368 casos) y Ambiká Pijao con el 18% (45.468 casos), seguidos por Los Pastos con el 5% (11.947) e Inga con el 4% (9.753). Estos pueblos representan la mayor carga de morbilidad, lo cual puede estar relacionado con su tamaño poblacional y mayor acceso o

uso de los servicios de salud. En contraste, pueblos como Tubü Hummürimassa(382 casos) y Eperã Siapidaara (458 casos) presentan menores registros, lo que puede reflejar menor población o posibles barreras en el acceso y registro de la atención.

Con el objetivo de resaltar la morbilidad de cada pueblo indígena, se desarrolló un análisis específico por comunidad que permitió identificar las principales causas de atención en salud, reconociendo particularidades, tendencias y necesidades diferenciadas. Este abordaje facilita la comprensión de los perfiles de morbilidad y aporta insumos para la toma de decisiones con enfoque diferencial.

En el pueblo Ambiká Pijao con un total de 12.169 atenciones, predominan los otros signos y síntomas con 21% (2.607), seguidos de caries dentales con 17% (2.038) e hipertensión con 12% (1.509). También se destacan los exámenes médicos generales con 12% (1.435) y los exámenes de salud ocupacional con 9% (1.139). Este perfil evidencia una combinación de demanda general, enfermedades crónicas y una importante utilización de servicios preventivos.

Para el pueblo Eperã Siapidaara con un total de 176 atenciones, se observa predominio de caries dentales con 19% (34), seguido de examen médico general con 16% (28) y control de crecimiento y desarrollo con 12% (21). Se identifican además infecciones urinarias con 11% (20), lo que refleja un perfil centrado en atención básica, salud oral y eventos infecciosos.

En el pueblo Inga con un total de 2.916 atenciones, las caries dentales representan el 29% (838), seguidas de otros signos y síntomas con 13% (388) y examen médico general con 11% (335). Llama la atención la presencia de consulta para asesoría en VIH con 9% (262) y casos de VIH con 6% (185), lo que evidencia la relevancia de la salud sexual y reproductiva en este grupo.

El pueblo Kamëntšá con un total de 546 atenciones presenta predominio de caries dentales con 20% (109), seguido de examen médico general con 16% (88) y control de crecimiento y desarrollo con 10% (57). Se observan además diabetes mellitus con 8% (41) e hipertensión con 7% (40), evidenciando presencia de enfermedades crónicas.

En Muysca de Suba (45.709 atenciones), se identifica una alta carga de hipertensión con 20% (9.016), seguida de otros signos y síntomas con 16% (7.107) y caries dentales con 11% (4.831). También destacan exámenes de salud ocupacional con 10% (4.674) y exámenes médicos generales con 10% (4.640), además de diabetes con 8% (3.554). Este perfil evidencia una clara predominancia de enfermedades crónicas y transición epidemiológica.

En el pueblo Nasa con un total de 502 atenciones, predominan las caries dentales con 22% (111), seguidas de control de crecimiento y desarrollo con 15% (76) y trastorno afectivo bipolar con 9% (44). También se presentan rinofaringitis e hipertensión con 9% (43 cada una), lo que refleja un perfil que incluye salud oral, infancia y salud mental.

Para el pueblo de Los Pastos con un total de 3.205 atenciones, las caries dentales representan el 20% (631), seguidas de otros signos y síntomas con 19% (613) y exámenes de salud ocupacional con 16% (516). También se identifican rinofaringitis con 8% (241) e hipertensión con 7% (212), evidenciando un perfil mixto entre demanda general, salud laboral y enfermedades crónicas.

En el pueblo Tubü Hummürimassa con un total de 167 atenciones, predominan las caries dentales con 24% (40), seguidas de otros signos y síntomas con 17% (29) y supervisión de

embarazo de alto riesgo con 10% (16). Este comportamiento resalta la importancia de la salud materna en este grupo.

En el pueblo Wounaan Nonam con un total de 730 atenciones, el principal evento corresponde al control de crecimiento y desarrollo con 25% (181), seguido de caries dentales con 17% (127) y otros signos y síntomas con 9% (66). También se presentan bronquiolitis con 8% (55), lo que evidencia un enfoque en la atención infantil y enfermedades respiratorias.

Finalmente, en el pueblo Yanacona con un total de 863 atenciones, predominan las caries dentales con 17% (147), seguidas de otros signos y síntomas con 15% (126) y exámenes de salud ocupacional con 12% (100). También se identifican rinofaringitis con 11% (95), lo que refleja un perfil de atención general con componente laboral.

Así mismo se identificó el tipo de servicio más utilizado según el pueblo indígena descrito en la siguiente tabla:

Tabla 10.

Distribución de las atenciones en salud según el tipo de servicio en los pueblos indígenas. Bogotá, 2025.

Pueblos Indígenas	Consultas General	Hospitalizaciones	Urgencias	Total, general
Muysca de Suba	169072	2017	4279	175368
Ambiká Pijao	43968	606	894	45468
Los Pastos	11464	179	304	11947
Inga	9356	210	187	9753
Yanacona	3144	38	84	3266
Kamëntšá	2219	43	43	2305
Wounaan Nonam	1898	55	33	1986
Nasa	1685	27	63	1775
Eperārã Siapidaara	444	10	4	458
Tubü Hummürimassa	370	6	6	382
Total	243620	3191	5897	252708

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base de RIPS atenciones de pueblos indígenas, Bogotá 2025.

Del total de las 252.708 atenciones, se evidencia que 243.620 corresponden a consultas, 3.191 a hospitalizaciones y 5.897 a atenciones por urgencias, evidenciando que la consulta general constituye el principal tipo de atención en salud. En términos generales, el análisis evidencia una alta demanda de consultas generales en comparación con los servicios de

hospitalización y urgencias en todos los pueblos indígenas, lo que sugiere que la atención en salud se concentra principalmente en acciones de carácter ambulatorio y preventivo.

En coherencia al interés particular que tiene la naturaleza de este documento frente a las sustancias psicoactivas, se realiza un énfasis en el análisis de los datos extraídos de las bases de morbilidad, con el fin de obtener, desde una perspectiva epidemiológica, la información más actualizada disponible a nivel distrital.

Durante el periodo analizado se registraron 315 casos de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas en población indígena, correspondientes a los pueblos indígenas Muysca de Suba, Inga, Los Pastos y Ambiká Pijao. La mayor carga de morbilidad se concentró en Muysca de Suba, con 200 casos, lo que representa el 63,3 % del total, seguido por Inga con 17,7 % (56 casos), Los Pastos con 10,4 % (33 casos) y Ambiká Pijao con 8,2 % (26 casos).

El análisis por tipo de sustancia evidencia que los trastornos asociados al consumo de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas constituyen el principal evento epidemiológico, especialmente en Muysca de Suba, donde representan el 67,5 % de los casos, y en Ambiká Pijao con el 65,4 %. En contraste, en el Pueblo de Los Pastos e Inga predominan los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, los cuales concentraron el 66,7 % y el 60,7 % de los casos, respectivamente. Enfatizando que en la población Inga se destaca una alta frecuencia de estados de abstinencia por alcohol, que alcanzan el 37,5 %, lo que sugiere una mayor demanda de atención por desintoxicación y manejo clínico agudo.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias fueron poco frecuentes; sin embargo, su proporción relativa fue mayor en la población Inga con el 5,4 %, en comparación con Muysca de Suba con el 1,5 %, lo que indica una mayor gravedad clínica en los casos identificados. Por su parte, los trastornos relacionados con el uso de tabaco representaron una baja proporción del total de eventos, aunque en Ambiká Pijao alcanzaron el 19,2 % de los casos, superando lo observado en los demás grupos. En este análisis, el término “consumo de tabaco” hace referencia específicamente al uso problemático o dependiente reportado en los registros clínicos y epidemiológicos, y no al uso tradicional, ceremonial o ancestral del tabaco presente en las prácticas culturales de algunos pueblos indígenas.

En conjunto, los resultados evidencian patrones epidemiológicos diferenciados por grupo poblacional, Muysca de Suba presenta la mayor carga y complejidad asociada al policonsumo; el Pueblo de Los Pastos muestra un perfil marcado por dependencia alcohólica, Inga concentra eventos relacionados con abstinencia y cuadros severos por alcohol, y Ambiká Pijao registra una menor carga total, pero con alta proporción de diagnósticos por múltiples sustancias y tabaco. Estos hallazgos sustentan la necesidad de intervenciones diferenciadas, culturalmente pertinentes y orientadas al tipo de sustancia y severidad clínica.

5. Eventos de Interés en Salud Pública

El reporte de los diferentes Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) permite identificar tendencias, distribución por variables demográficas, territoriales y temporales, así como factores asociados que permitan reconocer poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad. El proceso de reporte debe incorporar poco a poco el enfoque intercultural y

diferencial, respetando cada una de las prácticas ancestrales, organización propia de cada pueblo y cada una de sus dinámicas propias.

La identificación y reporte de eventos de interés en salud pública permite la identificación a tiempo de enfermedades, brotes o condiciones que afectan la salud colectiva. De esta manera, la notificación permite orientar acciones de prevención, control y atención integral, garantizando una respuesta adecuada y pertinente a las necesidades de los pueblos indígenas dentro de su propio contexto.

Para el análisis de los EISP se utilizó la base de datos suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, correspondiente al período comprendido entre 2020 y el primer semestre de 2025. Durante el proceso de depuración se evidenció la ausencia de registros correspondientes al pueblo Misak, así como la existencia de 92 casos sin identificación del pueblo indígena. En consecuencia, el análisis se realizó sobre un total de 2.090 casos de EISP. Del total de eventos registrados, el 70 % se concentra en seis Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) que resultan los más representativos, los cuales se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 11.

Distribución de los principales Eventos de Interés en Salud Pública en los pueblos indígenas. Bogotá, 2025.

Eventos de Interés en Salud Pública (EISP)	Total
Vigilancia en salud pública de las violencias basadas en género e intrafamiliar	608
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	413
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	143
Enfermedad Similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia Centinela)	140
Intento de Suicidio	81
Morbilidad materna extrema	80
Total, general	1465

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base de EISP de pueblos indígenas, Bogotá 2025.

En primer lugar, se tienen las violencias de género e intrafamiliar representa el evento con el 29% (608 casos), lo que equivale a una proporción significativa del total. Este dato pone de relieve la persistencia de dinámicas estructurales de violencia que impactan de manera directa la salud física, mental y social, y que trascienden el ámbito estrictamente sanitario.

En segundo lugar, se destacan las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con el 20% (413 casos), lo que sugiere la presencia de riesgos ambientales y territoriales relevantes, así como posibles brechas en estrategias de control, prevención y manejo de zoonosis. Este tipo de evento refleja la interacción entre condiciones urbanas, ambientales y sociales que inciden en la salud colectiva.

Un tercer grupo de eventos con alta frecuencia corresponde a las infecciones respiratorias agudas graves, tanto en su modalidad inusitada (143 casos) como en la vigilancia centinela asociada a enfermedad similar a influenza (140 casos) ambos representando el 7%. La relevancia de estos eventos puede asociarse a contextos epidemiológicos recientes, así como a la persistencia de vulnerabilidades en poblaciones específicas frente a enfermedades respiratorias.

Asimismo, se observan eventos vinculados a la salud mental y reproductiva, como el intento de suicidio (81 casos) y la morbilidad materna extrema (80 casos) los dos con el 4%, los cuales evidencian tensiones en el acceso oportuno y culturalmente pertinente a servicios de atención integral, así como la necesidad de enfoques preventivos que consideren determinantes sociales y culturales de la salud.

Tabla 12.

Distribución de los Eventos de Interés en Salud Pública por pueblos indígenas. Bogotá, 2025.

Pueblo Indígena	Total
Muysca de Suba	867
Muisca de Bosa	396
Ambiká Pijao	334
Inga	115
Kichwa	104
Uitoto	81
Los Pastos	59
Wounaan Nonam	52
Nasa	24
Kamëntsä	21
Tübü Hummürimassa	19
Yanacona	11
Eperârâ Siapidaara	7
Total, general	1465

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base de EISP de pueblos indígenas, Bogotá 2025.

El pueblo Muysca de Suba concentra la mayor proporción con 41,5% (867 casos), seguido de Muisca de Bosa con 18,9% (396 casos) y Ambiká Pijao con 16,0% (334 casos). En conjunto, estos tres pueblos agrupan aproximadamente el 76,4% del total de registros, lo que indica una alta concentración de los eventos analizados en estos territorios o poblaciones, posiblemente asociada a mayor tamaño poblacional, mejor acceso a servicios o mayor capacidad de notificación. En un segundo nivel se encuentran los pueblos Inga con 5,5% (115 casos) y Kichwa con 5,0% (104 casos), que, aunque con menor peso relativo, representan una participación relevante dentro del total.

Los demás pueblos presentan proporciones menores al 4%, como Uitoto con 3,9% (81 casos), Los Pastos con 2,8% (59 casos) y Wounaan Nonam con 2,5% (52 casos), seguidos de Nasa con 1,1% (24 casos) y Kamëntšá con 1,0% (21 casos). Finalmente, pueblos como Tubü Hummürimassa con 19 casos, Yanacona con 11 casos y Eperãrã Siapidaara con 7 casos, presentan los menores registros.

El comportamiento de la notificación por pueblo indígena permite identificar diferencias importantes entre comunidades. En primer lugar, el pueblo Muysca de Suba presenta el mayor número de registros (607 casos), con predominio de las violencias con el 37% (225 casos) y las agresiones por animales con el 34% (206 casos). Otros eventos relevantes incluyen influenza 8% (49), intento de suicidio 8% (48) e IRAG 7% (44), lo que evidencia una alta complejidad epidemiológica.

En segundo lugar, Muisca de Bosa registra 276 casos, con un claro predominio de las violencias con el 46% (128 casos), seguido de agresiones por animales con el 27% (74). Los eventos respiratorios (IRAG e influenza) concentran cerca del 17%, lo que sugiere una carga mixta entre factores sociales y enfermedades transmisibles. Ambiká Pijao, en tercer lugar, reporta 250 casos, donde predominan las violencias con el 44% (111 casos), seguidas de agresiones por animales con el 26% (66). Los eventos respiratorios como IRAG representan el 9% (22), mientras que la morbilidad materna extrema alcanza el 8% (21), evidenciando una carga asociada a determinantes sociales y ambientales.

En cuarto lugar, el pueblo Inga reporta 85 casos, con predominio de violencias con el 31%; 26 casos, seguido de influenza con el 21% (18) y agresiones por animales con el 19% (16). La morbilidad materna extrema representa el 11% (9), lo que indica la necesidad de fortalecer las acciones en salud materna. El pueblo Kichwa ocupa el quinto lugar con 81 casos, donde la violencia intrafamiliar lidera con el 33% (27 casos), seguida de IRAG con 20% (16) y agresiones por animales con el 17% (14). También se identifican eventos como varicela 9% (7 casos) y bajo peso al nacer 5% (4), lo que refleja afectación en población infantil.

En sexto lugar, Uitoto registra 60 casos, con predominio de violencias con el 37% (22 casos), seguido de agresiones por animales con el 20% (12). La influenza representa el 17% (10 casos) y la IRAG el 13% (8), evidenciando una carga importante de enfermedades respiratorias.

El pueblo Wounaan Nonam presenta 46 casos, con predominio de violencias con el 50% (23 casos), seguido de IRAG con 15% (7) y morbilidad materna extrema con 11% (5). También se reportan influenza y agresiones por animales con 9% (4 casos cada uno).

Por su parte, el pueblo de Los Pastos cuenta con 41 casos, donde predominan las violencias con el 32% (13 casos), seguidas de agresiones por animales con el 27% (11). Se

destaca el intento de suicidio 12% (5 casos), además de IRAG, desnutrición y morbilidad materna con el 10% (4 casos cada uno), lo que refleja diversidad de eventos prioritarios.

El pueblo Nasa reporta 21 casos, con una concentración marcada en violencias con 71% (15 casos), mientras que los demás eventos presentan valores individuales del 5% (1 caso cada uno), evidenciando una distribución altamente focalizada. El Pueblo Kamëntšá presenta 17 casos, donde las violencias representan el 35% (6 casos), seguidas de agresiones por animales con 29% (5). IRAG y varicela registran el 12% (2 casos cada uno), mientras que otros eventos tienen menor frecuencia.

El Pueblo Tubü Hummürimassa registra 15 casos, con predominio de violencias con el 53% (8 casos). Otros eventos como morbilidad materna extrema e influenza representan el 13% (2 casos cada uno), mientras que desnutrición y varicela presentan menor frecuencia. El pueblo Yanacona presenta 10 casos, con una distribución homogénea: agresiones por animales, varicela, cáncer y violencias con el 20% cada uno (2 casos). Otros eventos como intoxicaciones e influenza representan el 10% (1 caso cada uno), sin un predominio claro.

Finalmente, Eperãrã Siapidaara registra 7 casos, con predominio de IRAG con el 43% (3 casos), seguida de violencias con 29% (2). También se reportan desnutrición e influenza con 14% (1 caso cada uno), evidenciando una mayor carga de eventos infecciosos; no obstante, el bajo número de casos limita la interpretación.

6. Mortalidad

Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio de la mortalidad en pueblos indígenas aporta información clave sobre la transición epidemiológica, evidenciando la coexistencia de enfermedades transmisibles, eventos de interés en salud pública, causas externas y enfermedades crónicas no transmisibles. Estas dinámicas suelen estar influenciadas por determinantes sociales de la salud, como condiciones socioeconómicas desfavorables, barreras geográficas, culturales y administrativas en el acceso a los servicios de salud, así como contextos de vulnerabilidad histórica y estructural.

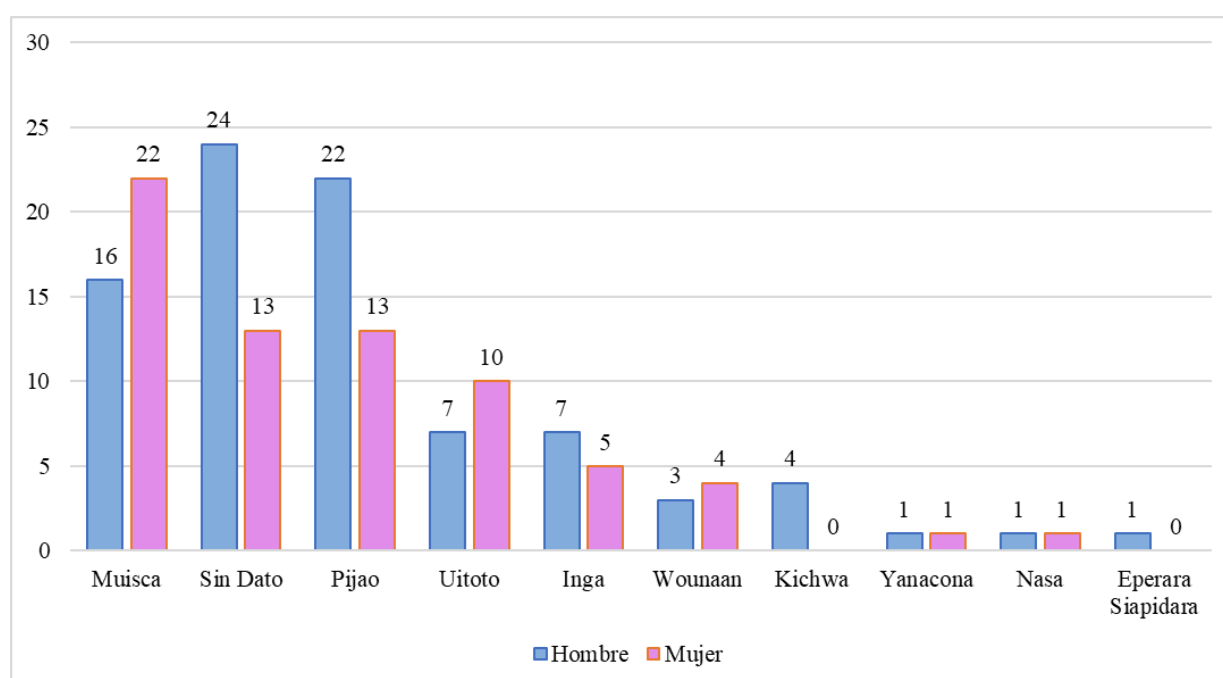
La vigilancia de la mortalidad permite además identificar muertes evitables y muertes prematuras, lo que contribuye a evaluar la oportunidad, calidad y pertinencia de la atención en salud. En particular, la mortalidad materna, infantil y por causas externas constituye un evento trazador de alta sensibilidad para valorar el funcionamiento del sistema de salud y la efectividad de las acciones de promoción, prevención y atención integral en los pueblos indígenas.

Los análisis se realizaron a partir de dos bases de datos de defunciones (EEVV) remitidas por la Secretaría Distrital de Salud, ambas correspondientes al periodo comprendido entre 2020 y 2024. Estas bases se complementan entre sí: la primera incluye, en una de sus pestañas, la asociación con los 14 pueblos indígenas; sin embargo, por año y por caso de defunción, no siempre se establece esta relación de manera consistente.

La segunda base corresponde a un registro global de defunciones de personas indígenas. A partir de un total inicial de 273 casos, y tras un proceso de depuración, se consolidaron 155 casos, debido a que varios registros estaban asociados a pueblos indígenas distintos de los 14 considerados en este capítulo⁷

⁷ La base no permite delimitar entre Muisca de Bosa y Muysca de Suba

Figura 10. Mortalidad por sexo 2020- 2024 Pueblos indígenas. Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base EEVV SDS. Pueblos indígenas Bogotá 2025

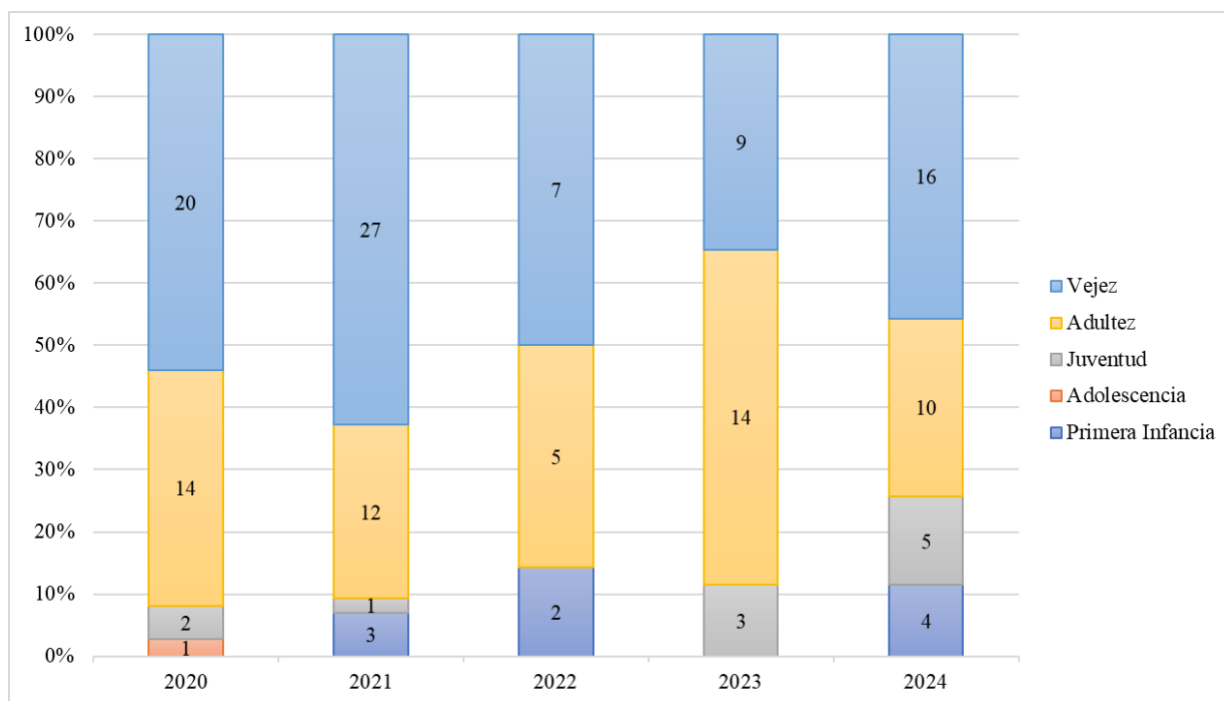
En general, se observa una mayor cantidad de casos en hombres con el 55% (86 casos) en comparación con mujeres con el 45% (69 casos), aunque esta tendencia no es uniforme en todos los grupos. La mayor concentración de defunciones se presenta en los pueblos Muisca con el 25% (38 casos), “Sin dato” con el 24% (37 casos) y Pijao con 23% (35 casos). En particular, el grupo “Sin dato” evidencia limitaciones en la calidad del registro de la variable de pertenencia étnica. Esta situación dificulta un análisis más preciso del pueblo indígena.

Los hombres superan a las mujeres, no obstante, en algunos grupos como Muisca, Uitoto y Wounaan Nonam, las mujeres presentan igual o mayor número de defunciones que los hombres, lo que sugiere comportamientos diferenciados que podrían estar asociados a condiciones sociales, culturales o de acceso a servicios de salud.

Por otro lado, varios pueblos presentan un número muy bajo de casos, como Yanacona y Nasa con 2 casos y Eperã Siapidaara con 1 caso, lo cual puede estar relacionado con el tamaño poblacional, posibles subregistros o baja ocurrencia de eventos en el periodo analizado. Asimismo, en el pueblo Kichwa no se registran casos en mujeres, lo que podría indicar un vacío en la información o una situación particular que requiere revisión.

La siguiente figura muestra la distribución porcentual de las defunciones por curso de vida entre 2020 y 2024, evidenciando cambios en la composición a lo largo del tiempo.

Figura 11. Mortalidad por curso de vida 2020 – 2024 Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información de la Base EEVV SDS. Pueblos indígenas Bogotá 2025.

En 2020 se registran 37 defunciones, lo que representa un nivel intermedio dentro de la serie. Para 2021, se observa un aumento, alcanzando el valor más alto del periodo con 43 defunciones. Posteriormente, en 2022 se presenta una disminución significativa, con un total de 14 defunciones, constituyéndose en el punto más bajo del periodo analizado. En 2023, los casos vuelven a incrementarse hasta 26 defunciones, evidenciando una recuperación frente al año anterior. Finalmente, en 2024 se registran 35 defunciones, manteniéndose en un nivel alto y cercano al observado en 2020, lo que sugiere una estabilización tras la caída de 2022.

En todos los años, la vejez concentra la mayor proporción de defunciones. En 2020 se registró un 54% de defunciones en este curso de vida (20 casos), en 2021 aumentaron al 63% (27 casos), en 2022 disminuyeron al 50% (7 casos), en 2023 fue el 35% (9 casos) y en 2024 se registra el 46% (16 casos). Este comportamiento indica que, aunque sigue siendo el grupo con mayor peso, presenta variaciones importantes a lo largo del periodo.

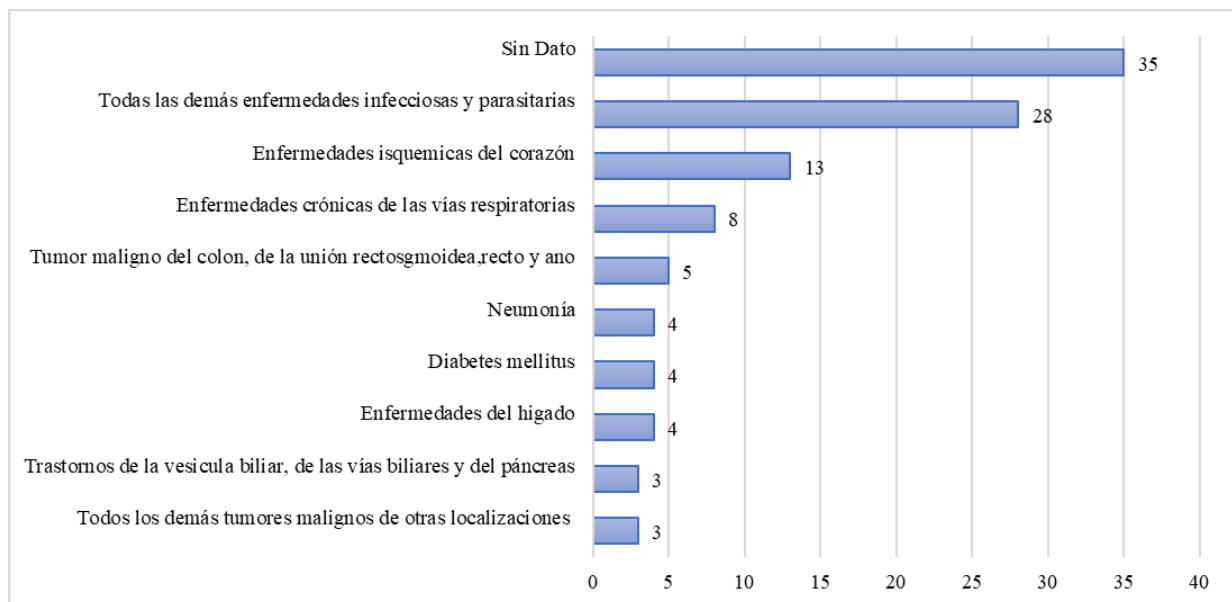
La adultez ocupa el segundo lugar en frecuencia. En 2020 se registró el 38% (14 casos), en 2021 fue el 28% (12 casos), en 2022 disminuyeron al 36% (5 casos), en 2023 aumentaron al 54% (14 casos) y en 2024 se reportó el 29% (10 casos). Se destaca el incremento observado en 2023, donde este grupo alcanza una proporción cercana a la de vejez.

En los demás cursos de vida, la participación es menor, pero con algunas variaciones. La juventud presenta 2 casos en 2020, 1 en 2021, no registra casos en 2022, aumenta a 3 en 2023 y a 5 en 2024, mostrando una tendencia al incremento en los últimos años. La primera infancia registra 0 casos en 2020, 3 en 2021, 2 en 2022, 0 en 2023 y 4 en 2024, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo. Por su parte, la adolescencia es el grupo con menor frecuencia, con 1 caso en 2020 y ausencia de registros en los años siguientes.

Ahora bien, en relación con las causas de mortalidad, se identifican un total de 44 causas. De estas, las nueve primeras concentran la mayor representatividad con un 46%, siendo

las más relevantes para el análisis. Es importante señalar que, para el año 2024, la base de datos no contaba con la variable correspondiente a las causas de defunción, por lo que esta información se clasifica como no disponible o no registrada para dicho periodo representando el 23%. Este hallazgo pone de manifiesto un importante subregistro o falta de información en la variable de causa de defunción, lo cual limita la interpretación precisa del perfil de mortalidad.

Figura 12. *Mortalidad por grandes causas. Población indígena 2020 - 2025.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la Base EEVV SDS. Pueblos indígenas Bogotá 2025.

Entre las causas específicas, se destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias, con el 18% (28 casos), ubicándose como la principal causa identificada. Le siguen las enfermedades isquémicas del corazón con el 8% (13 casos) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias 5% (8 casos), lo que refleja la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en la mortalidad analizada. En un nivel intermedio se encuentran el tumor maligno del colon, recto y ano (5 casos), así como neumonía, diabetes mellitus y enfermedades del hígado, cada una con 4 casos. Estas causas evidencian la presencia tanto de enfermedades crónicas como de origen infeccioso.

Finalmente, con menor frecuencia, aparecen los trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas y otros tumores malignos, con 3 casos cada uno.

7. Conclusiones

La información analizada resalta la importancia de fortalecer la calidad, actualización y articulación de los sistemas de información, así como de contar con análisis desagregados que permitan una comprensión integral de las particularidades de la población indígena, como base para la planeación, el seguimiento y la toma de decisiones institucionales.

El análisis de la información evidenció debilidades significativas en la calidad de las bases de datos, particularmente en variables clave como la identificación del pueblo indígena. Se identificaron vacíos e inconsistencias en el diligenciamiento, tales como errores en la escritura de los nombres de los pueblos, uso de gentilicios o municipios de origen en lugar de la pertenencia étnica, registros en blanco y casos de identificación basada únicamente en apellidos. Estas situaciones afectan la confiabilidad, precisión y trazabilidad de los resultados.

Adicionalmente, se evidenció la ausencia de listado censal para el pueblo indígena Misak, lo que limita la representatividad de los análisis y puede generar sesgos en la interpretación de la situación en salud de la población indígena en el Distrito.

En este contexto, se hace necesario implementar acciones orientadas a la estandarización de variables, el fortalecimiento de los sistemas de información y la capacitación en el adecuado diligenciamiento de los registros, con el fin de garantizar datos completos, consistentes y confiables que respalden la toma de decisiones en salud pública. De igual manera, resulta fundamental contar con censos actualizados y consolidados de los pueblos indígenas, que permitan disponer de información demográfica precisa y oportuna para la planeación, focalización y seguimiento de las intervenciones en salud, contribuyendo a reducir el subregistro y a mejorar la calidad de los análisis epidemiológicos y territoriales.

7.1. Situación demográfica

La población indígena residente en Bogotá asciende a 24.071 personas, con una ligera predominancia femenina (51,2% mujeres frente a 48,8% hombres), lo que refleja una estructura relativamente equilibrada por sexo. La mayor concentración poblacional se encuentra en los pueblos Muysca de Suba (10.715) y Muisca de Bosa (4.889), que en conjunto representan más del 65% del total, evidenciando una alta concentración en pocos grupos.

Desde el punto de vista territorial, el 88% de los registros fueron geocodificados, lo que permitió identificar una fuerte concentración en localidades como Bosa (46%), seguida por sectores del centro y occidente. Esta distribución refleja patrones de asentamiento asociados a condiciones socioeconómicas, acceso a suelo y procesos de migración forzada.

En términos etarios, la población presenta una estructura predominantemente joven-adulta, con el 67,4% concentrado entre juventud (20,48%) y adultez (46,97%), mientras que la población mayor representa el 13,36%. Esto indica una transición demográfica intermedia, con potencial productivo, pero también con una creciente demanda futura de servicios para población envejecida.

7.2. Aseguramiento en salud

Del total de la población analizada, 23.209 personas cuentan con información validada de aseguramiento, de las cuales 13.767 están afiliadas al régimen contributivo (59%) y 8.967 al subsidiado (38,6%), evidenciando una combinación de inserción laboral y persistencia de condiciones de vulnerabilidad.

Se identifican 27 personas sin afiliación, lo que, aunque representa una proporción baja, sigue evidenciando brechas en el acceso. Adicionalmente, 862 registros no cuentan con identificación válida, limitando el análisis completo del aseguramiento.

Un hallazgo crítico es que solo el 52,1% (12.068 personas) se encuentra afiliado en Bogotá, mientras que el 9,3% (2.167 personas) está afiliado en otros territorios, lo que genera

barreras en el acceso efectivo a servicios. Adicionalmente, el 38,6% (8.947 registros) se encuentra en categoría “sin dato”, lo que representa una de las principales limitaciones del análisis. Finalmente, el aseguramiento se concentra en pocas EPS: cinco entidades agrupan el 84,6% de los afiliados, destacándose Capital Salud (24%) como la principal.

7.3. Natalidad

Durante el periodo 2020–2025 se registraron 196 nacimientos en población indígena. Se observa un comportamiento variable, con un aumento de 21 nacimientos en 2020 a 49 en 2023, seguido de una disminución a 40 en 2024 y 15 en 2025, lo cual puede estar asociado a subregistro o rezagos en la notificación. Los pueblos con mayor número de nacimientos son Nasa (34 casos) y Wounaan Nonam (33 casos), seguidos de Ambiká Pijao (27 casos), lo que sugiere mayor dinámica reproductiva en estos grupos.

Territorialmente, los nacimientos se concentran en localidades del sur y suroccidente, especialmente en Ciudad Bolívar (50 casos), Santa Fe (21) y Bosa (19), evidenciando una relación directa con los patrones de asentamiento.

En cuanto al curso de vida materno, el 52% de los nacimientos corresponde a mujeres jóvenes (102 casos), el 38% a adultas (75 casos) y el 10% a adolescentes (19 casos), lo que refleja una mayor concentración en edades reproductivas típicas, aunque con presencia relevante de fecundidad en adolescencia.

7.4. Fertilidad

Se identifican 7.456 mujeres en edad fértil, con una alta concentración en la adultez (60%), seguida de juventud (32%) y adolescencia (8%). Este comportamiento es consistente con la estructura demográfica general. Los pueblos con mayor número de mujeres en edad fértil son Muysca de Suba (3.249) y Muisca de Bosa (1.442), lo que refuerza su peso poblacional dentro de la ciudad.

Aunque la proporción de adolescentes es menor, su presencia representa un grupo prioritario para intervenciones en salud sexual y reproductiva, especialmente en contextos urbanos donde convergen factores sociales y culturales.

Este hallazgo debe comprenderse desde un enfoque diferencial e intercultural. Si bien desde la perspectiva de la medicina occidental la fecundidad adolescente puede asociarse con la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y garantía de derechos sexuales y reproductivos, en la cosmovisión de varios pueblos indígenas la maternidad y la paternidad se vinculan con la pervivencia cultural, la continuidad del linaje, la transmisión de saberes y la prolongación de la vida colectiva. Tener hijos constituye, en muchos casos, un indicador de fortalecimiento comunitario y de reafirmación de la identidad étnica.

En este sentido, las intervenciones en salud no deben centrarse exclusivamente en una lógica de reducción de riesgos, sino articularse con el reconocimiento de las dinámicas culturales propias, promoviendo el diálogo intercultural, el acceso informado a servicios de salud y la garantía de derechos, sin desconocer el valor simbólico y social que la reproducción tiene para los pueblos indígenas.

7.5. Morbilidad

El análisis de la morbilidad evidencia que la población indígena residente en Bogotá presenta una alta demanda de atención en salud, principalmente a través de consultas ambulatorias. Las principales causas de atención corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud oral, enfermedades respiratorias y consultas por síntomas y signos generales.

Se registran 252.708 atenciones en salud, con predominio en mujeres (61,6%). Las diez principales causas concentran aproximadamente el 24% de las atenciones, destacándose la hipertensión arterial (17%), otros síntomas inespecíficos (17%) y la caries dental (14%). También se reportan condiciones como COVID-19, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias (7% cada una). La mayor concentración de atenciones se presenta en el pueblo Muysca de Suba (69%), seguido del pueblo Pijao (18%), y principalmente a través de consultas (243.620 atenciones).

En relación con los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas, se identificaron 315 casos. El 63,3 % se concentra en el pueblo Muysca de Suba, seguido por Inga con el 17,7 %, Los Pastos con el 10,4 % y Ambiká Pijao con el 8,2 %.

7.6. Eventos de Interés en Salud Pública

La información evidencia la utilidad del sistema de vigilancia para la detección oportuna de problemáticas que afectan la salud y en la orientación de acciones de prevención, control y atención integral con pertinencia territorial y poblacional.

Del total de casos analizados, el 70 % se concentra en seis EISP, destacándose la vigilancia de violencias de género e intrafamiliar como el evento de mayor notificación, seguido de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y los eventos respiratorios agudos graves. Estos hallazgos reflejan la persistencia de determinantes sociales, ambientales y estructurales que inciden de manera significativa en la salud de los pueblos indígenas.

En cuanto a la distribución por pueblos indígenas, se observa una alta concentración de la notificación en el pueblo Muysca de Suba, que aporta el 59,2 % de los registros (867 casos), seguido por Muisca de Bosa con el 27,0 % y Ambiká Pijao con el 22,8 %.

7.7. Mortalidad

Se identifican 273 registros iniciales, de los cuales, tras el proceso de depuración, se consolidan 155 casos correspondientes a los 14 pueblos indígenas analizados, lo que implica una reducción del 43,2% de los registros, principalmente por inconsistencias en la identificación étnica. En cuanto a las causas de defunción, se reportan 44 causas diferentes, con una alta concentración en pocas categorías.

Se destaca que la categoría “sin dato” representa 35 casos (22,6%), constituyéndose como la principal categoría, lo que evidencia un importante subregistro en la causa básica de defunción. Entre las causas específicas, predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias con 28 casos (18,1%), seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón con 13 casos (8,4%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias con 8 casos (5,2%). Otras causas

como tumores malignos, diabetes mellitus, neumonía y enfermedades del hígado presentan menor frecuencia, con valores entre 3 y 5 casos.

En términos temporales, se observa un comportamiento variable: 37 defunciones en 2020 (23,9%), 43 en 2021 (27,7%), siendo este el valor más alto del periodo, seguido de una disminución significativa en 2022 con 14 casos (9,0%), y posteriormente un aumento en 2023 con 26 casos (16,8%) y 2024 con 35 casos (22,6%). No obstante, es importante señalar que para el año 2024 no se cuenta con información sobre causas de defunción, lo que limita el análisis de tendencias recientes por causa.

El análisis sociodemográfico y epidemiológico detallado en las páginas anteriores permite identificar las brechas, perfiles de morbilidad y factores de riesgo que afectan a los pueblos indígenas en el entorno urbano de Bogotá, D.C. de una manera clara mediante datos estadísticos que permiten la visibilización de aspectos de manera cuantitativa. Sin embargo, para que estos indicadores no se limiten a quedar plasmados en una descripción netamente cuantitativa bajo la terminología occidental de medicina y salud, es necesario relacionar los datos con base a la perspectiva intercultural de los pueblos indígenas en Bogotá. Esto requiere comprender desde una cosmovisión y de manera conceptual cuales son las realidades de salud y enfermedad que se entrelazan de manera directa con las dimensiones físicas, emocionales, espirituales y territoriales de cada pueblo indígena. En consecuencia, el siguiente capítulo, titulado “Descripción y Contraste de Conceptos Propios sobre la Salud y la Enfermedad de Catorce Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.”, profundiza en este diálogo de saberes a través del reconocimiento de las cosmovisiones, los sistemas de cuidado y prácticas de sanación ancestrales que sostienen la pervivencia cultural de estos pueblos en la ciudad.

Capítulo 2.

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

Este capítulo consta de una aproximación, tanto general como particular, a las perspectivas propias de salud y enfermedad de los pueblos que integran el Consejo Consultivo de Concertación para los Pueblos Indígenas de Bogotá. El análisis toma como punto de partida las cosmovisiones y sistemas de pensamiento propios de estos pueblos, lo que permite reconocer en parte la diversidad que caracteriza a estas comunidades y, a la vez, los elementos que articulan las nociones de cuerpo, territorio y medicina propia.

Partiendo de lo anterior, el capítulo busca dar cuenta de cómo cada pueblo interpreta y concibe las categorías de salud y enfermedad, con relación a sus saberes propios, prácticas cotidianas y los significados que orientan sus vidas, a nivel individual y colectivo. Este abordaje se realiza de manera situada en el contexto urbano de Bogotá, donde las dinámicas de la ciudad generan para estos pueblos tensiones, desafíos y adaptaciones que inciden en estas comprensiones.

En este orden, el presente apartado se estructura a partir de una secuencia analítica basada en tres momentos, teniendo como eje principal las cinco categorías de análisis definidas para este capítulo: territorio, cuerpo humano, salud, enfermedad y medicina propia. Inicialmente, se parte de la definición de dichas categorías, formuladas con base en las concepciones propias de estos pueblos indígenas; luego, la descripción elaborada por cada uno de los catorce pueblos que hacen parte de la caracterización; siguiendo con el análisis etnológico comparativo basado en dichas descripciones, donde se relacionan sus experiencias de vida en la ciudad de Bogotá.

En un primer momento, se presentan las categorías de análisis que orientan el desarrollo de este capítulo. Estas nociones parten de la manera en que los pueblos indígenas piensan la salud y cuidan la vida frente a las enfermedades desde sus formas propias de interpretación; el equilibrio, las desarmonías y las prácticas de cuidado y sanación a través del uso de la medicina propia. Asimismo, se introducen las nociones sobre el cuerpo humano y el territorio, desde la concepción relacional que orienta el pensamiento propio de estos pueblos.

El capítulo continúa, en su segundo momento, con la descripción de las categorías en cada uno de los pueblos indígenas que hacen parte del proceso de caracterización. En estos apartados, los pueblos, desde su propia voz, presentan las formas en que viven y otorgan de sentido al territorio, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la medicina propia en el contexto urbano de Bogotá, mostrando cómo estas nociones se sostienen, se recrean y se tensionan en la ciudad.

Finalmente, en el tercer momento del capítulo se avanza hacia un análisis etnológico comparativo, organizado a partir de las categorías de investigación, contrastando las perspectivas y experiencias de los distintos pueblos. Este ejercicio permite identificar patrones, recurrencias y diferencias en las formas de comprender la salud, la enfermedad, el cuerpo humano, la medicina propia y el territorio, sin perder de vista la especificidad cultural de cada pueblo, e incluye aspectos emergentes como el de salud mental y el uso y abuso de sustancias psicoactivas, en el contexto de la vida urbanas en Bogotá.

1. Categorías de análisis

El siguiente apartado presenta cinco categorías de análisis: *territorio, cuerpo humano, salud, enfermedad y medicina propia*. Estas categorías orientan la organización de la información recolectada y permiten exponer los conceptos propios que los pueblos indígenas elaboran en el marco de esta caracterización. Lejos de proponer definiciones cerradas, las categorías se utilizan para describir sentidos situados que se expresan en relación con los conceptos de salud y enfermedad. Su desarrollo permite presentar, de manera ordenada, los sentidos que cada pueblo atribuye a estas nociones desde sus propios sistemas de pensamiento y facilita su lectura comparativa dentro del proceso de caracterización.

A continuación, se describen las categorías de análisis relacionadas con los conceptos propios indígenas:

Territorio: en su definición abarca tanto un espacio físico como espiritual, siendo este soporte de la identidad y la salud de los pueblos indígenas. Así, el territorio se concibe como un proceso que articula lo humano y lo comunitario con el entorno y lo ancestral. Surge de una apropiación simbólica y material que se expresa en las prácticas culturales y en los modos de vida de quienes lo habitan.

Salud: es el estado de armonía y equilibrio entre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la naturaleza y la comunidad. Esta condición involucra tanto el ámbito individual como el comunitario y se sostiene a partir de prácticas que involucran el cuidado del pensamiento, el respeto por la naturaleza y la calidad de las relaciones en la vida colectiva, que resultan determinantes para el bienestar común y para la vida de cada uno de sus miembros.

Enfermedad: esta se interpreta como una afectación o perturbación en el orden de la vida, un desequilibrio o desarmonía entre pensamiento, cuerpo, emociones, espíritu, comunidad y territorio, con efectos en la vida comunitaria y en la relación con el entorno social y natural. El desequilibrio no responde a una única fuente. Puede instalarse en el pensamiento y en la carga emocional, y proyectarse hacia la vida comunitaria y la relación con la naturaleza.

Cuerpo Humano: el cuerpo constituye una unidad relacional donde confluyen dimensiones físicas, emocionales y espirituales, inseparable de los procesos que enlazan vida, armonía, desarmonía, muerte y continuidad espiritual del territorio.

Medicina propia: esta hace referencia al conjunto de prácticas y saberes ancestrales orientados a restaurar el equilibrio y atender las desarmonías que afectan la vida. Estas prácticas no se limitan al cuerpo, sino que incluyen el ordenamiento del pensamiento, el manejo de las tensiones internas y el cuidado del espíritu, en relación con el individuo, la comunidad y el territorio.

2. Descripción de conceptos propios

Las siguientes descripciones recogen las reflexiones y elaboración propia de cada uno de los catorce pueblos indígenas en torno a las categorías de análisis, interpretadas a partir de sus sistemas de pensamiento propio y experiencias de vida en la ciudad de Bogotá. Estas elaboraciones parten de los relatos producidos por los propios pueblos en sus espacios de participación comunitaria (*Círculos de la Palabra, Mingas de Pensamiento, Tulpas, Mambeaderos, Enramadas, Trasnochos*), desarrollados durante el proceso de esta investigación.

En este sentido, desde cada concepto se relacionan los impactos de la ciudad como escenario que por sus dinámicas ajenas a las de los pueblos, impone desafíos y tensiones, promoviendo procesos de adaptación que inciden directamente en la transmisión y puesta en práctica de los saberes y formas propias de vida de las comunidades indígenas.

2.1. Pueblo Muisca de Bosa

2.1.1. Sistema de pensamiento propio

El pueblo Muisca de Bosa comprende el origen y el orden de la vida desde su ancestralidad, enraizada en relatos, símbolos y prácticas que han sido transmitidos de generación en generación. En este marco, la Ley de Origen se constituye en el principio fundamental, pues enseña cómo vivir, cómo relacionarse con la vida y cómo reconocerse como parte de un tejido igualitario que integra plantas, animales, el sol, la luna y todos los elementos que sostienen la existencia. Tal como lo expresa el sabedor Galeano, aprendiz de partería de la comunidad: “(...) Entonces de la ley de origen nacen esos principios de armonía, de actividad y cambio que orientan la vida comunitaria.” (Comunicación personal, 2025).

Asimismo, la memoria ancestral recuerda que la Madre Bachué emergió de la laguna de Iguaque, considerada vientre sagrado y gran paridora del linaje Muisca. En ese tiempo primordial, Bachué no solo dio vida, sino que transmitió el arte de cuidar, fundamento esencial de la Ley de Origen. Este cuidado abarca los elementos vitales como agua, tierra, fuego y aire y se sostiene en la premisa ética de “no dañar, no dañarme y no permitir que me dañen” (Moyano, 2022). En este sentido, las prácticas de partería, medicina tradicional y ceremonias espirituales mantienen la conexión con Bachué y con el orden natural.

Dentro de esta Ley de Origen también se encuentran constituidas las casas sagradas del pueblo Muisca, como los Chumsuas, Qusmuys y Can Samarias, espacios espirituales que se articulan con las cordilleras y otros elementos del paisaje ancestral. En este marco, el pueblo Muisca, reconocido como guardián del agua y de la Madre Tierra, manifiesta la Ley de Origen como un principio de vida que pervive en su territorio. Esta sabiduría, transmitida por vía oral y fortalecida en momentos de transformación, permite recordar que todo lo que se afecta en el territorio se devuelve en igual medida. Por ello, cuando el territorio enferma, esa dolencia se refleja en los cuerpos de quienes lo habitan, entendiendo que cada comunero es una extensión viva del territorio mismo (Chiguasuque et al., 2020).

Cabe mencionar que entre los sitios sagrados se destaca el Qusmuy, casa de la mujer y símbolo de origen y vida. Junto a él, se reconocen las cordilleras, cerros, montañas, lagunas, ríos, vertientes de agua y, finalmente, el gran abuelo: el mar, fuente de sabiduría y memoria ancestral. De igual forma, lugares como la laguna de Iguaque son considerados escenarios vivos donde se realizan actos de entrega, petición y sanación. Estos espacios no son simples referentes simbólicos, sino ámbitos de práctica espiritual que sostienen el equilibrio natural y comunitario.

En palabras de Chiguasuque (Comunicación personal, 2025), la Ley de Origen es “el comienzo de todo”, el modo de vivir como indígena. Su relato evoca nuevamente la laguna de Iguaque como lugar mítico de creación, donde “la vida Muisca salió de Iguaque”, marcando el nacimiento no solo de una cultura, sino de una forma de entender el mundo. Esta ley traza el camino de cada persona desde su nacimiento, vinculando profundamente la vida con el

territorio y con los ciclos naturales. Por ello, se manifiesta en prácticas vivas como la medicina tradicional y la partería, que Chiguasuque (Comunicación personal, 2025) identifica como parte del tejido heredado por los pueblos indígenas. En sus palabras, “la ley de origen es toda esa cosmogonía y cosmovisión que tenemos como pueblo”, y su transmisión constituye una herencia que articula saberes, espiritualidad y formas de cuidado. En concordancia, Matías y Neuta (s.f.) explican que la Ley de Origen se entiende desde el territorio, reconociendo a Chiminigagua como máxima autoridad y totalidad, pues une todas las formas de vida que existen en el universo, cada una con derechos y deberes.

Con base en lo anterior, el sistema de pensamiento propio del pueblo Muisca de Bosa se expresa en la Ley de Origen como principio rector. Ella vincula cosmovisión, prácticas de cuidado, espiritualidad y territorio, constituyéndose en el eje que sostiene la organización comunitaria y la transmisión de saberes. Así, el pueblo reafirma que todo lo que se afecta en el territorio se refleja en los cuerpos y que la vida se mantiene en equilibrio gracias a la memoria ancestral y a la práctica espiritual cotidiana.

2.1.2. Territorio

La memoria ancestral recuerda que la sabana de Bogotá fue un paraíso caracterizado por ríos limpios, huertas y la longevidad de los abuelos. Para el Pueblo Muisca de Bosa, el territorio se concibe como madre láctea nutricia y cuerpo vivo. Tal como lo expresa Neuta (Comunicación personal, 2025), “el territorio es nuestra madre tierra, nos brinda nuestras dos vertientes, que son nuestras venas; vena aorta y vena cava representadas en el río Tunjuelo y el río Bogotá”. En este sentido, los sabedores mencionan que el cuerpo es el primer territorio: “mi territorio es mi cuerpo y mi territorio es mi espíritu” (Chiguasuque, Comunicación personal, 2025). En este sentido, el territorio se entiende como un solo cuerpo en el que cada parte cumple una función y un quehacer. Así, el territorio también posee corazón, pulmones, cabeza y venas; todo está conectado y, cuando una parte enferma, el cuerpo entero lo siente.

De igual forma, de igual forma prácticas como rituales, ya sean de agradecimiento, de pago, o de petición y ceremonias en lugares sagrados sostienen el vínculo espiritual con la Madre Tierra, el territorio es un lugar que se habita, un lugar de encuentro ceremonial, de conexión, comunicación y trabajo espiritual. Al respecto, Cobos (Comunicación personal, 2025), señala: “mi territorio, soy yo, por eso nosotros hacemos tanto pago, porque hay esa conexión y a través de la conexión yo le pido perdón a esa madre, y ella también busca esa sanación para uno”. Así, lagunas, cerros, montañas y humedales conforman un sistema energético que sostiene la medicina ancestral y los rituales de sanación (Chiguasuque et al., 2020).

Por lo tanto, la vida urbana en Bogotá ha implicado adaptaciones dolorosas para esta comunidad, producto de la expansión territorial. Al respecto, Neuta (Comunicación personal, 2025), afirma: “Actualmente las prácticas que muchos de nuestros mayores tenían y practicaban pues ya no se pueden ejercer porque el uso del suelo cambia, cada día hay más edificios, hay menos verde en esta zona, y en este sentido nos enferma de muchas más cosas”. Estas transformaciones han limitado la soberanía alimentaria y las prácticas tradicionales, aunque la comunidad ha buscado recrearlas en huertas familiares y *chagras*⁸ urbanas,

⁸ Huertas.

manteniendo la tradición de cocinar y compartir alimentos propios (Chiguasuque, Comunicación personal, 2025).

En contraste, con la urbanización y las prácticas ilegales que han degradado el territorio, provocando desplazamientos y la pérdida de espacios ancestrales. Del mismo modo, la expansión de la construcción ha contaminado los ríos y deteriorado la cosmovisión indígena, mientras que los sabedores afirman que “la pérdida de territorio nos afecta de forma directa todos los días” (Chiguasuque; Palacios & Neuta, comunicación personal, 2025).

El pueblo Muisca de Bosa, reconocido como comunidad indígena contemporánea, reafirma su identidad a pesar de los rasgos mestizos presentes en su cultura. La reconstrucción de la Ley de Origen ha permitido revalorizar los mitos fundacionales, los saberes cotidianos, la medicina tradicional, la lengua Mhuysqubun y los lugares sagrados, concebidos como espacios vivos donde se ejerce la Justicia Propia. Desde esta perspectiva, el territorio no solo representa el fundamento de la existencia Muisca, sino que se entiende como un todo cósmico que expresa la unidad de la vida, guiada por Chiminigagua como máxima autoridad. Por ello, cuidar y proteger el territorio resulta esencial para preservar la cultura, el equilibrio espiritual y el orden comunitario (Matías & Neuta, s.f.).

En esta línea de pensamiento, el territorio para la comunidad Muisca de Bosa es madre láctea, cuerpo vivo y templo espiritual que enlaza la existencia individual y colectiva con el cosmos. No se limita a la tierra heredada de los ancestros, sino que se reconoce también en el propio cuerpo y espíritu, concebidos como el primer territorio que refleja y sostiene la vida.

2.1.3. Cuerpo humano

Para el pueblo Muisca de Bosa, el cuerpo constituye un tejido espiritual, comunitario y territorial. El cuerpo es templo, casa sagrada y memoria viva, y su cuidado está íntimamente ligado a la Ley de Origen y al orden natural. Como lo expresa Neuta (2025): “el cuerpo del ser humano es nuestro templo, nuestro ser y nuestra casa sagrada”, en conexión con sitios sagrados como cordilleras, lagunas y montañas que reflejan la vida y la muerte en la Madre Naturaleza.

Asimismo, el cuerpo se entiende como tránsito vital, donde la muerte no es un final, sino una transición (reencarnación), así lo enunció la comunidad en el marco de los Encuentros Comunitarios: “la muerte es sencillamente trascender nuevamente a la madre”, al morir “nos transformamos, podemos volvernos piedra, animal o planta” (Comunicación personal, 2025). Estas visiones se reflejan en prácticas ceremoniales como la velación y el novenario, momentos de comunicación entre planos energéticos (Chiguasuque et al., 2022).

En este mismo sentido, el cuerpo se vincula con los elementales: agua (Sie), tierra (Hicha), aire (Fiba) y fuego (Gata). La partera, Cobos (Comunicación personal, 2025), afirma que “si el territorio está bien, yo estoy bien”, mostrando cómo cuerpo y territorio se reflejan mutuamente. En esta misma línea, Galeano (2025) describe las mortuorias como transformaciones vitales que marcan pequeños ciclos de muerte y renacimiento, reafirmando que el cuerpo transita constantemente por procesos de cambio. Según su explicación, “una mujer vive muchas mortuorias en su vida: cuando está embarazada y da a luz, ya tiene una mortuoria porque su hijo deja de estar en el estómago; luego, al verlo crecer y transformarse, eso también es una mortuoria” (Comunicación personal, 2025). Estas experiencias revelan que

cada cambio vital es comprendido como una pequeña muerte y un nuevo nacimiento, integrando el cuerpo en un ciclo permanente de transformación.

Por otra parte, el cuidado del cuerpo se realiza mediante prácticas que integran espiritualidad, territorio usos y costumbres ancestrales propios de la comunidad Muisca de Bosa. Además, como parte éste se tiene presente el calendario ancestral. En cada ciclo del calendario se trabaja con la fuerza y el espíritu de una planta propia de cada pueblo. Por ejemplo, el veinte (20) de marzo se honra y se trabaja con el yopo, planta que acompaña el proceso de reconocer y transformar las emociones que se sienten en el estómago. Los sabedores destacan el uso de plantas y medicina tradicional (Tunjo, comunicación personal, 2025), la apropiación del calendario ancestral (Arévalo & Chiguasque, 2025), la alimentación sana y la partería (Palacios, comunicación personal, 2025), así como aseguranzas, baños y acompañamiento comunitario (Castillo y Neuta, Comunicación personal, 2025). Estas prácticas buscan transformar la desarmonía en armonía, reconociendo que el cuerpo es parte de un tejido colectivo.

Con lo anterior vale la pena señalar que este cuidado del cuerpo humano también se da mediante ceremonias de protección y sanación. Un ejemplo de ello es el uso del chumbe, desde la partería considerado un elemento de protección que resguarda el ombligo, punto de entrada de energías negativas. Al cubrirlo, especialmente con cuarzos, se establece un límite espiritual que impide el ingreso de fuerzas nocivas, fortaleciendo así la protección personal (Cobos, comunicación personal, 2025).

De igual manera, las aseguranzas utilizadas durante los diferentes encuentros comunitarios como pagos, ceremonias, círculos de palabra, entre otros, cumplen una función de intención y entrega. Según Cobos, (Comunicación personal, 2025), su ruptura repentina se interpreta como una señal: el cierre de un ciclo o la presencia de una alteración energética que requiere atención. Esta lectura simbólica se extiende también al vestido blanco, usado por hombres y mujeres de la comunidad, donde el color representa paz, amor y fuerza espiritual. Vestirse de blanco no sólo comunica una disposición interior, sino que permite observar cómo esa energía se transforma o se contamina, revelando el estado emocional y espiritual de quien lo porta. Así mismo, la simbología también se expresa en las pictografías muisca, que narran y guían a través de figuras como la rana, el útero, los ríos y las siembras, plasmadas en formas geométricas que sostienen el vínculo entre cuerpo, territorio y espiritualidad.

Por otra parte, la indumentaria, se entiende como expresión de identidad; material, espiritual y ancestral. Neuta (Comunicación personal, 2025), explica que el traje tradicional representa una herencia entregada por los abuelos y debe ser cuidado y respetado. Para las mujeres, la falda larga tiene un sentido sagrado y energético, pues conecta con la fuerza de la Tierra y con el útero como centro de poder. Para los hombres, las *cusmas* y pantalones varían en color según el camino espiritual y el grado de conocimiento ancestral. En este mismo marco, los collares, manillas y bastones son ritualizados y sacralizados, ligados al trabajo espiritual y a la autoridad tradicional. Los bastones, por ejemplo, representan los siete estantillos del Plan de Vida de la comunidad “palabra que cuida y protege la semilla”: Estantillo de espiritualidad y pensamiento propio, Estantillo de territorio, Estantillo de cultura, Estantillo de Educación Propia, Estantillo de Medicina Tradicional, Partería y Salud, Estantillo de economía y Sustentabilidad y Estantillo gobierno y Justicia Propia. Los penachos y *cusmas* de plumas

también simbolizan jerarquías y roles espirituales en la comunidad (Neuta, comunicación personal, 2025).

Teniendo como base lo anterior, el cuerpo humano para el pueblo Muisca de Bosa es templo, territorio y espíritu. Su cuidado integra prácticas ancestrales y comunitarias que garantizan la continuidad de la vida, la memoria y la identidad. En esta visión, proteger el cuerpo es también proteger el territorio y la comunidad, pues ambos son reflejo y extensión de la existencia. Los rituales, la medicina tradicional, la indumentaria y los símbolos sagrados actúan como resguardos que fortalecen la armonía y aseguran la permanencia de la especie en conexión con la Madre Naturaleza. Así, el cuerpo se convierte en puente entre lo humano y lo espiritual, sosteniendo la vida colectiva y la herencia ancestral.

2.1.4. Salud

Para la comunidad Muisca de Bosa, la salud se comprende como un estado de armonía y equilibrio entre cuerpo, mente, espíritu, territorio y comunidad. Tal como lo expresan Tunjo y Arévalo (2025): “la salud es entendida desde la espiritualidad, cuando por medio de nuestros usos y costumbres hay armonía en el ser, en lo físico y emocional y pensamiento se obtiene un bienestar integral”. En esta misma línea, varios sabedores coinciden en que la salud implica el amor con el entorno, la relación entre hombre y mujer y el vínculo con la flora y la fauna (Arévalo & Chiguasuque, comunicación personal, 2025).

Asimismo, la salud abarca la vida misma de la comunidad, entendiendo por ésta no sólo la vida humana, sino también las demás formas de existencia: plantas, animales, medicina, alimento propio y sitios sagrados. Como lo señala Palacios (Comunicación personal, 2025), “la salud abarca el cuidado integral de la vida por medio de ceremonias, limpiezas, trabajos espirituales y medicinales”. De acuerdo con Chiguasuque et al; (2020), esta visión se sostiene en la continuidad cultural y en la transmisión de saberes ancestrales, especialmente en el uso de plantas medicinales. En este sentido, Neuta (Comunicación personal, 2025), explica que las armonías son la tendencia de cuerpo, alma y espíritu en equilibrio.

De igual forma, la salud se sostiene en prácticas espirituales y medicinales que buscan restablecer el equilibrio. Castillo (comunicación personal, 2025), menciona que las enfermedades pueden manifestarse en sentimientos no expresados o en energías negativas, y que la sanación requiere la guía de médicos tradicionales, sabedores, terapeutas y parteras. En coherencia, los conceptos propios de médicos ancestrales y parteras señalan que la salud significa estar en armonía con cada parte del cuerpo, en equilibrio físico, espiritual y mental, y en conexión con lo que nos rodea. Esta visión integral diferencia la medicina ancestral de la occidental, pues busca la sanación del cuerpo, alma y espíritu desde la cosmogonía propia (Chiguasuque et al., 2020, p. 60).

Por otra parte, la salud también se entiende como claridad, un estado de conciencia que permite reconocer el lugar propio dentro del tejido cósmico y orientar las acciones hacia la reciprocidad con la naturaleza y el respeto por la Ley de Origen. Según Neuta (2025), esta claridad se alcanza mediante prácticas rituales y la conexión con los ciclos del calendario ancestral. Así, la salud se concibe como un tejido de armonías que sostienen la vida comunal y la cohesión familiar, transmitiéndose en el linaje y la memoria ancestral.

Asimismo, la salud se entiende desde el territorio, como un tejido que integra cuerpo, mente y espíritu. Neuta y Neuta (comunicación personal, 2025), afirman que “desde el territorio se entiende una triada: cuerpo, mente y espíritu. El territorio permite entender la comunidad, desde nuestra visión se entienden armonías y desarmonías ligadas al trabajo espiritual”. En este sentido, la salud no es solo interna, sino también externa: un tejido que va desde lo más pequeño hasta lo más grande. Como lo expresa Garibello (comunicación personal, 2025), “Desde la armonía y el equilibrio, no es solo estar en armonía con todo lo externo sino lo internamente también, es como un tejido que va desde lo más chiquito hasta lo más grande, entonces va tu primero contigo mismo, con el primer territorio, luego con tu pareja, con tu familia, luego con tu comunidad y luego con todo lo que existe y habita en esta vida y en el territorio”.

En esta misma línea, el cuidado de la salud se realiza mediante prácticas propias que integran lo físico, lo espiritual, lo familiar y lo comunitario como el uso de plantas medicinales, purgas y limpiezas; apropiación del calendario ancestral; alimentación propia y partería; aseguranzas como los chumbes, la indumentaria tradicional, los rituales propios (círculos de palabra, rituales, mortuorias, pagos); y acompañamiento comunitario con consejería espiritual como sanación, liberación, purificación (Neuta, Comunicación personal, 2025).

En el contexto urbano de Bogotá, la salud enfrenta tensiones por la pérdida de prácticas tradicionales y el acceso limitado a alimentos propios. Sin embargo, la comunidad reafirma que el territorio de Bogotá es ancestral y que la salud debe seguir conectada con la cosmovisión y el derecho mayor. La diferencia entre la atención occidental y la ancestral refleja la necesidad de que las instituciones reconozcan y respeten los saberes propios, que hasta ahora han sido poco valorados (Chiguasuque et al., 2020). Por lo cual, la salud para el pueblo Muisca de Bosa se concibe como un tejido de armonías que trasciende lo individual y se proyecta en la vida comunitaria. No se trata solo de cuidar el cuerpo, sino de sostener la reciprocidad con la naturaleza, la memoria ancestral y los ciclos espirituales que ordenan la existencia. Ésta se convierte en un principio de equilibrio que asegura la convivencia, fortalece la identidad colectiva y reafirma la vigencia de la Ley de Origen.

2.1.5. Enfermedad

Para el Pueblo Muisca de Bosa, la enfermedad se entiende como una desarmonía o desequilibrio que rompe el orden de la vida y la relación con la Ley de Origen. Tal como lo expresa Contreras (Comunicación personal, 2025), “la enfermedad se entiende como desarmonías espirituales, ya que de allí se deriva los desequilibrios en el ser humano”. En este sentido, la enfermedad se manifiesta en lo espiritual, lo emocional, lo mental y lo territorial, y sus causas se relacionan con el pensamiento, las emociones, el cuerpo y el entorno.

Asimismo, los sabedores Arévalo y Chiguasuque (Comunicación personal, 2025), señalan que las desarmonías se expresan en pandemias, plagas, contaminaciones ambientales y pérdida del territorio, afectando tanto la salud como el buen vivir de la comunidad. Esta visión se complementa con lo planteado por Chiguasuque et al. (2020), quienes afirman que “cuando el territorio se enferma, nosotros nos enfermamos”.

De igual forma, la enfermedad puede ser comprendida como un estado emocional o espiritual que desencadena lo físico. Neuta (Comunicación personal, 2025), explica que “si es

algo emocional, hay que reconocer cómo llegó a esa emoción y qué fue lo que desembocó en tener una entrada profunda a ese sentimiento que lo lleva también a tener afecciones en lo físico”. En la misma línea, Tunjo (Comunicación personal, 2025) y la Secretaría Distrital de Salud (2022) coinciden en que la enfermedad es un desequilibrio entre cuerpo, alma y espíritu, manifestado en síntomas y emociones reprimidas.

Por otra parte, en la memoria ancestral, Cobos (Comunicación personal, 2025), recuerda que “las enfermedades propias son el descuajo, el mal de ojo, el seco de difunto, esas son las enfermedades propias que uno dice siempre han estado y se manejan milenariamente”. Estas dolencias tradicionales se distinguen de las enfermedades crónicas modernas, como el cáncer, la hipertensión o la diabetes, que antes no se reconocían en la comunidad. Según Neuta (Comunicación personal, 2025), estas enfermedades pueden ser heredadas o desde la misma genética de cada Clan, o de cada linaje de nuestros ancestros.

El cambio del territorio, la urbanización, la contaminación de los ríos, la llegada de los foráneos, la pérdida de identidad y la llegada de hospitales y la institucionalización de la salud marcaron un cambio en la percepción de la enfermedad. Cobos (Comunicación personal, 2025), señala que “las desarmonías empiezan a llegar después de que aparecen los hospitales”, mientras Cabildo Indígena Mhuysqa de Bosa (2009) critican que la medicina occidental muchas veces no tiene buenos resultados, pues solo mira el cuerpo físico y no la dimensión espiritual.

Finalmente, la enfermedad también puede ser vista como una oportunidad de sanación espiritual. Cobos, comunicación personal, 2025), propone que el pensamiento es clave: “suelte, lo entregue, sane, cure, y me libere entonces la persona empieza a cambiar con esa forma de pensar”. De este modo, las desarmonías y desequilibrios se conciben como un llamado a restablecer la armonía, reconociendo que el equilibrio entre cuerpo, espíritu y territorio es la base para recuperar la vida y la memoria ancestral.

2.1.6. Medicina propia

La medicina propia para el pueblo Muisca de Bosa se entiende como el fundamento de la vida espiritual, física y comunitaria. En palabras de los sabedores, “Medicina propia; para la comunidad Muisca de Bosa se denomina medicina ancestral” así como lo relacionan Tunjo & Arévalo, (2025) “para nosotros es fundamental la medicina ancestral ya que desde allí se le da armonía a la espiritualidad y el cuerpo. Se teje el pensamiento y nos da la identidad”. Esta práctica no sólo se concibe como un proceso de sanación, sino como un camino de memoria, creación y protección, pues “la medicina ancestral es importante para el pueblo porque nos da salud física y mental, sanación, creación, liberación, protección, misión y visión” (Arévalo & Chiguasque, comunicación personal, 2025).

Asimismo, la medicina ancestral fortalece la identidad y el vínculo con los ancestros pues “a través de la medicina ancestral se recupera y fortalece nuestra identidad, se retorna al origen, se honra a nuestros ancestros, el linaje y genética a nuestras plantas sagradas mayores y menores del territorio que nos ordenan para prevenir, sanar, cuidar las desarmonías y desequilibrios que se presentan. (Palacios & Garibello, comunicación personal, 2025). Espacios como la casa de medicina y el Qusmuy han permitido sostener la vida comunitaria y

transmitir saberes de generación en generación, adaptando plantas y rituales a nuevas necesidades (Chiguasuque et al., 2020; Secretaría Distrital de Salud, 2022).

De igual forma, la medicina se concibe como acto integral que incluye alimentación, plantas y palabras. Neuta (comunicación personal, 2025), afirma que “la medicina es la base fundamental del cuidado de la vida. Entiendo como medicina ancestral el alimento y las plantas”. Este sentido espiritual se expresa en el vínculo con las plantas mayores tabaco, yopo, hayo y tyhyky reconocidas como guías y protectoras. En particular, el tabaco es considerado abuelo de consejo y guía, pues “nos limpia, nos sana y ratifica la palabra” (Galeano, comunicación personal, 2025). Junto a ellas, las plantas menores como la yerbabuena, la manzanilla, el poleo, la caléndula, entre otras también ocupan un lugar fundamental dentro de la medicina tradicional. Son especies con las que se mantiene un vínculo espiritual profundo, ya que se reconocen no solo por sus propiedades curativas a través de su espíritu, sino también por su relación con la vida comunitaria y el entorno natural. Estas plantas, diferenciadas en hembras y machos, reflejan la conexión entre la flora y la fauna y expresan la armonía que sostiene el equilibrio entre lo espiritual y lo material.

Por otra parte, las parteras y terapeutas explican cómo las plantas se usan en limpias, baños y vapores, vinculando lo físico y lo espiritual: “Cada elemental tiene una planta, representa una planta por lo menos yo utilizo el tabaco para después de los partos con el tyhyky, esas son las formas de cómo yo me cuido también a través de estas plantas” (Cobos, comunicación personal, 2025). “El hayo te sirve para el dolor de estómago, te da calcio, te ayuda a fortalecer tu sistema de huesos, te da vitamina, y fuera desde lo espiritual te va a ayudar, le permite aquietar, equilibrar y pues sanar” (Cobos, comunicación personal, 2025), estas prácticas se enlazan con lo descrito por la Secretaría Distrital de Salud (2022), quien señala que la partería tradicional acompaña a las mujeres en todos los ciclos de la vida, integrando dietas, plantas, masajes y ceremonias espirituales. De esta manera la medicina ancestral también se vincula con el cuidado personal y la dimensión espiritual. Chiguasuque (comunicación personal, 2025), afirma: “si quiero curar tengo que estar bien conmigo misma y con los demás para poder seguir fortaleciendo todo eso”. Este principio refleja que la sanación comienza por el equilibrio personal familiar y comunitario.

Considerando lo anterior, la medicina del pueblo Muisca de Bosa es un tejido de espiritualidad, memoria y cuidado colectivo. Se sostiene en la fuerza de las plantas sagradas, en la palabra de los mayores y en los roles de los sabedores, parteras, terapeutas, y médicos tradicionales ya que estas prácticas vienen reconocidas desde nuestros ancestros y la cultura ancestral Muisca, quienes acompañan procesos de armonización, protección y sanación. Ésta no se limita al cuerpo físico, sino que integra lo espiritual, lo comunitario y lo territorial, reconociendo que el equilibrio personal es condición para la salud colectiva. Al mismo tiempo, se articula con la medicina occidental en situaciones específicas, sin perder su raíz ancestral.

2.2. Pueblo Muysca de Suba

2.2.1. Sistema de pensamiento propio

La Ley de Origen y el Derecho Mayor son los principios rectores que ordenan el territorio y la forma en que los Muyscas (la gente) deben habitarlo. A continuación, se describe cada uno de estos elementos base de la cosmovisión propia del Pueblo Muysca de Suba, de

acuerdo con el Documento Memoria de la Comunidad denominado “*Retornando por el camino de los antiguos la Ley de origen*”:

La Ley de Origen (...) es el orden establecido desde el principio; está desde antes de la creación, antes del amanecer; es el orden natural, es la ley natural en la cual el ser humano no ha intervenido, pues es anterior a su existencia. Se pueden pensar como matrices mentales, que son la base de lo que se manifestó y apareció en diversidad natural y cultural. Desde allí se dejó ordenado todo lo que existe: cada pueblo, cada cultura es hija de la Ley de Origen, todo se origina allí; la cultura, por tanto, no es creación humana. Esta se transforma, se recrea y se fortalece, pero existe un mandato original, una base original que no es humana; desde allí se originan las diferentes lenguas, los mitos y las maneras culturales básicas. (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2013).

En esta línea, se constituye en el fundamento de la cosmovisión y del orden cultural del Pueblo Muysca, en tanto permite comprender el origen, la historia, la ancestralidad, la espiritualidad y los encantos que configuran su identidad colectiva; asimismo, orienta los procesos de continuidad y transformación cultural. Desde esta perspectiva, la tradición oral de la comunidad relata que la fuerza de Chiminigagua, en medio de la oscuridad (hunza), dio origen a la luz (sua), y, posteriormente a la creación del agua como principio vital. En este marco, los muyscas se reconocen como hijos del agua de la laguna, gestados desde el vientre de la madre, comprendiendo el humedal como un útero que origina y sostiene la vida. De la laguna emergió Bagué —nombrada en algunos relatos como Furachogue o Bachué— con un niño entre sus brazos; de su unión se originaron todos los seres del mundo, incluidos los muyscas, quienes por ello se reconocen como hermanos de los animales, en especial de los anfibios como la serpiente (muyso) y las ranas (zihitas).

Dentro de las cosmovisiones de la comunidad Muysca de Suba, el agua, el territorio y las prácticas ancestrales ocupan un lugar central en la comprensión del mundo y de la vida. El agua no solo es vista como un recurso, sino como un ser vivo con memoria y espíritu; un elemento que permite la continuidad de la existencia y que exige respeto, cuidado y reciprocidad. De igual manera, el territorio se concibe como un espacio sagrado donde se entrelazan los ciclos naturales, la historia colectiva y las formas de organización comunitaria. Así, las costumbres y tradiciones no son simples herencias culturales, sino expresiones vivas de una relación profunda con el territorio, en la cual cada acción humana tiene un impacto sobre el equilibrio general.

En este marco, el ser humano es concebido como parte de una gran cadena interdependiente en donde se asemeja a los ríos, las montañas, las plantas, los animales y todos los elementos que conforman la vida. Esta visión holística reconoce que el bienestar del cuerpo está estrechamente ligado al bienestar del territorio, y que la salud no puede reducirse a lo físico, sino que abarca también lo espiritual, emocional y comunitario. Así se configura la cosmovisión Muysca: un tejido de conexiones donde aprender implica mucho más que adquirir conocimientos; implica construir un vínculo sensible, respetuoso y consciente con la hicha uuaia y con chiminigagua.

Este planteamiento conduce al concepto de Derecho Mayor, entendido como el orden y el conjunto de normas no escritas que rigen el territorio a partir de la relación con los

elementales y las fuerzas que lo habitan. En coherencia con este principio, la cosmovisión del Pueblo Muysca sostiene un profundo sentido de cuidado y protección tanto del cuerpo como del territorio, concebidos como dimensiones interdependientes. Dicho cuidado se materializa en espacios propios como el Cusmuy y el Fuechy, reconocidos como lugares sagrados destinados al encuentro espiritual, la armonización y el aprendizaje comunitario. En estos escenarios, la conexión con lo ancestral se expresa a través de la palabra mayor, la escucha atenta, los rituales y la relación directa con la medicina tradicional. En ellos se desarrollan procesos de sanación que integran el uso de plantas, los saberes ancestrales y las prácticas espirituales, orientados a restablecer el equilibrio entre el cuerpo individual y el cuerpo-territorios. En conjunto, estas prácticas fortalecen el sentido de pertenencia, reafirman la identidad Muysca y sostienen la continuidad de un saber que no solo se aprende, sino que se vive día a día en relación con el territorio y con los seres que lo habitan.

2.2.2. Territorio

Para el Pueblo Muysca de Suba, el territorio se comprende desde dos dimensiones interrelacionadas. La primera corresponde al cuerpo humano, entendido como el primer territorio que se habita. Este territorio posee una dimensión física, es habitado espiritualmente y se territorializa culturalmente; no obstante, su desarrollo específico se abordará en el apartado correspondiente. La segunda concepción se refiere a un ámbito físico más amplio, denominado por la comunidad como territorio extenso. Este territorio posee una espiritualidad propia, en la cual se reconocen tunjos, espíritus, ancestros y ancestras, antiguas, encantos, mofanes y elementales, que se manifiestan y habitan en cerros, lagos, lagunas, humedales, caminos del agua (subterráneos, terrestres y aéreos), así como en los animales y demás formas de vida.

Tanto el primer territorio como el territorio extenso se rigen por la Ley de Origen y el Derecho Mayor, principios rectores que ordenan el espacio geográfico y orientan la forma en que debe ser habitado. Desde esta comprensión, el territorio no se concibe únicamente como un espacio físico, sino como un ser vivo dotado de memoria, energía y capacidad de comunicación. Prácticas culturales como las armonizaciones y los ingresos a sitios sagrados evidencian esta relación, en tanto implican pedir permiso, agradecer y realizar ofrendas de acuerdo con las circunstancias que convoca la coyuntura comunitaria. El territorio constituye, así, una fuente de equilibrio y vitalidad: es el lugar donde se origina la existencia y el punto al que siempre se retorna para reencontrar la armonía en la vida o para el descanso, entendido como el tránsito hacia otras formas de existencia.

En este marco, para el Pueblo Muysca la salud no puede comprenderse como un aspecto aislado del territorio ni desvinculado de las dinámicas espirituales, comunitarias y ambientales que lo conforman. La cosmovisión propia concibe la vida como un gran tejido relacional en el que cada ser, cada espacio y cada energía se encuentran profundamente entrelazados. La armonía, desde esta perspectiva, es un estado colectivo que emerge cuando las distintas partes de ese tejido se mantienen en equilibrio. Cuando alguno de estos elementos se ve afectado, la alteración repercute en la totalidad, generando desarmonía y enfermedad en las personas, la comunidad y el territorio.

La irrupción de la ciudad sobre el territorio ancestral ha generado profundas alteraciones a la ley natural, entendido como el orden natural que rige la vida en el mundo

habitado cotidianamente. El avance urbano se manifiesta en diversas formas de despojo y transformación, entre ellas la contaminación ambiental; la construcción sobre cerros tutelares, lagunas, cementerios y humedales; la desaparición de nacimientos de agua; la migración forzada o extinción de animales; el desplazamiento de familias de los territorios heredados de los ancestros; la imposibilidad de sembrar alimentos y medicinas propias; y la degradación de las fuentes hídricas que históricamente han sostenido la vida comunitaria. Estas afectaciones no solo transforman el paisaje, sino que fracturan la relación espiritual y cultural que la comunidad mantiene con su territorio.

Afectar el territorio implica, de manera simultánea, afectar a los pueblos que lo habitan; del mismo modo, los territorios reflejan la forma en que sus habitantes se relacionan con ellos. Así lo expresa Miryam Triviño: “Hoy Bogotá tiene una contaminación ambiental altísima y nosotros tenemos muchas enfermedades respiratorias a raíz de esa contaminación. Cuidar la Madre Tierra para que haya un buen cuidado de nosotros, porque como está la Madre Tierra estamos nosotros. En la antigüedad, por ejemplo, los abuelos consumían del río, de la laguna, peces, animales (...) Hoy nosotros consumimos alimentos contaminados, transgénicos, transformados, que siguen afectando nuestra salud como comunidad” (Lideresa, comunicación personal, 2025). Lo anterior permite evidenciar una relación directa entre la degradación ambiental, la pérdida del territorio y la aparición de enfermedades al interior de la comunidad.

En esta misma línea, el zaita Yeison Yopasá enfatiza que violentar el territorio, contaminarlo o imponer prácticas ajenas a su naturaleza constituye también una forma de producir enfermedad, en tanto “el territorio también se enferma” cuando se rompe su equilibrio y se altera su orden natural (Autoridad Tradicional, comunicación personal, 2025). En consecuencia, el territorio no solo se habita: se cuida, se respeta y se dialoga con él.

2.2.3. Cuerpo humano

El cuerpo es comprendido en la cosmovisión muisca desde una doble perspectiva: por un lado, como el primer territorio sagrado que habita cada persona; y por otro, como una dimensión inseparable del territorio extenso en el que se inscribe la vida comunitaria. Desde esta visión, el bienestar corporal no puede desvincularse del cuidado del entorno, de las prácticas tradicionales ni de las formas ancestrales de relacionamiento con la naturaleza. Cuando el cuerpo pierde su armonía interna, se produce una ruptura en la relación con el territorio, lo que debilita los vínculos espirituales y comunitarios que sostienen la vida muisca. Esta comprensión resulta complementaria al componente territorial previamente desarrollado.

Reconocer esta relación implica comprender, como lo expresa el sabedor Leonardo Quintero, que el territorio y el cuerpo no constituyen posesiones humanas, sino dimensiones complementarias de una misma existencia:

A veces desde la sociedad decimos que somos dueños de este territorio. Pero desde la cosmogonía muisca no somos dueños: somos parte del territorio. Nuestra carne es la tierra. Nuestra sangre es el agua. Nuestro espíritu es el fuego que nos alienta. Nuestra palabra, pensamiento y lo que respiramos es el aire. Somos extensiones de la Madre, así como las plantas. Tenemos funciones de cuidar, ayudar, administrar y proteger en la medida que podemos. Y nuestro cuerpo es un templo sagrado que a veces no cuidamos ni orientamos. (Quintero, comunicación personal, 2025).

Este fragmento, permite evidenciar la concepción del cuerpo humano como un territorio, estableciendo un símil con el territorio extenso desde sus dimensiones físicas, espirituales y relacionales. En consecuencia, el cuerpo humano no se comprende únicamente como un organismo biológico, sino como un instrumento físico para habitar el plano terrenal, relacionarse con otros seres y sostener la vida espiritual. No obstante, se reconoce que, en muchos casos, el cuerpo deja de ser concebido como un templo sagrado y es expuesto a prácticas nocivas o desconectado de su dimensión espiritual. Al respecto, Leonardo Quintero profundiza en esta idea al señalar:

Ese templo sagrado se enferma por mil cosas. Por eso recuerdo enfermedades que no se hablan. Cuando mi abuela decía: cuando haya remolino de viento no se meta ahí. No se deje coger del remolino porque va a enfermar de lo respiratorio. Ese espíritu cogía a uno, le daba dos vueltas y lo enfermaba. (Quintero, comunicación personal, 2025).

Este testimonio da cuenta de cómo, desde el saber ancestral, la enfermedad no se explica únicamente desde causas físicas, sino también desde alteraciones en la relación espiritual entre el cuerpo, el territorio y las fuerzas que los habitan, reafirmando la concepción integral de la salud en el pensamiento muysca.

2.2.4. Salud

La comunidad ha ido consolidando una comprensión propia de la salud como armonía vital, donde el equilibrio entre cuerpo, territorio y espiritualidad constituye la base del cuidado. Vivir en armonía implica habitar el territorio desde el respeto, la siembra, la reciprocidad y la escucha permanente de las señales de la naturaleza, entendida como un ser vivo con el cual se dialoga y se coexiste. En este proceso, también se reconoce la necesidad de articular y complementar saberes. Desde la mirada comunitaria, no existe una verdad absoluta ni un conocimiento único que pueda responder a todas las necesidades de salud contemporáneas. Tal como lo expresa Yeison Yopasá:

Tenemos que empezar a converger en los dos fuegos, que es ese fuego occidental y el fuego del caminar propio. No hay una verdad absoluta ni un conocimiento que cubra todas las necesidades (...) Es necesario que los dos fuegos empiecen a converger, porque sería irresponsable decir que desde las prácticas ancestrales podemos cubrir todo, cuando muchos de los problemas en salud no se han generado desde la naturalidad sino desde la práctica que ha venido haciendo la humanidad (comunicación personal, 2025).

Este llamado a la convergencia de los “dos fuegos” reconoce la importancia de las prácticas ancestrales y, simultáneamente, la utilidad de ciertos elementos del sistema de salud occidental. La propuesta no es reemplazar uno por otro, sino integrarlos desde el respeto, la interculturalidad y la autonomía comunitaria, asegurando que los procesos de salud respondan realmente a las realidades territoriales y espirituales del Pueblo Muysca.

Así, la salud, para la comunidad, se concibe como un proceso continuo de equilibrio, sanación y cuidado integral, donde el territorio, la memoria ancestral y las relaciones comunitarias constituyen el núcleo de la vida en armonía. “El concepto de salud y medicina ancestral desde la cosmovisión indígena está relacionado con la espiritualidad, la integralidad y la armonía con el territorio, el entorno, la vida, la naturaleza y la comunidad.” (M. Giraldo, 2025. p. 87)

La noción de equilibrio o armonía opera simultáneamente como una meta normativa que orienta el horizonte colectivo de la comunidad y como un principio que describe las prácticas cotidianas que sostienen la vida. Este concepto integra dimensiones materiales (como la siembra y el uso de plantas), simbólicas (memoria y ritualidad) y políticas (defensa del territorio).

En este marco, se comprende el planteamiento expresado por Leonardo Quintero (2025), quien afirma:

Nosotros aquí siempre buscamos que la sanación sea desde lo propio, desde las plantas; sin embargo, no podemos desconocer que desde lo occidental también vienen aportes que pueden ser útiles. Por ejemplo, una radiografía, un examen de sangre y otras prácticas médicas occidentales pueden entrelazarse con nuestro conocimiento, de modo que al momento de la consulta se revisen los resultados y podamos contrastarlos con nuestro primer concepto, permitiendo definir el tratamiento adecuado. No obstante, a veces no consideramos que esos exámenes occidentales también generan afectaciones. Una simple mamografía, por ejemplo, introduce radiación en el cuerpo de la mujer, porque se utilizan equipos radiactivos. Después de eso, es necesario realizar prácticas para liberar esos efectos. (Sabedor, Comunicación personal, 2025)

En este sentido, la reflexión subraya la importancia de articular saberes diversos sin perder de vista el respeto por el cuerpo, el territorio y las formas propias de cuidado, buscando reconstruir la conexión que se ha debilitado en los contextos urbanos. Esta relación no funciona únicamente como una metáfora poética, sino que constituye una matriz organizadora de prácticas de cuidado, diagnósticos locales y acciones orientadas al buen vivir. Desde esta visión, sanar el cuerpo implica también sanar el territorio, y preservar el territorio implica mantener la salud física, espiritual y colectiva.

2.2.5. Enfermedad

La enfermedad se comprende como una expresión de desarmonía, un indicador del desequilibrio que surge cuando se altera la relación entre la comunidad y su territorio. No se interpreta como un castigo ni como un fenómeno exclusivamente físico, sino como el resultado de la ruptura del orden natural y espiritual que sostiene la vida. Cuando el vínculo con la hicha guaia se debilita, cuando el ser humano se desconecta de su territorio o se olvidan los principios espirituales que orientan la existencia, se abre espacio para la aparición de diversas dolencias. Como nos refiere Jefferson Cabiativa "Al final todos coincidimos en que estar enfermo es estar en desequilibrio. Es un desequilibrio que no ha sido resuelto. Uno sabe que está desequilibrado desde la consulta espiritual. El desequilibrio constante se convierte en enfermedad" (Comunicación personal, 2025).

Bajo esta concepción, aunque la enfermedad sea consecuencia de desarmonías personales, comunitarias o territoriales, también se reconoce como una experiencia que invita a la reflexión, al aprendizaje y a la transformación. Cada malestar se convierte en una oportunidad para revisar el propio camino, reconocer los desequilibrios y restaurar la armonía perdida. En esta misma línea, el sabedor Yeison resalta que la enfermedad también puede relacionarse con desórdenes alimentarios y con el desconocimiento del cuerpo como territorio

sagrado. Señala que los hábitos cotidianos, la desconexión con las propias necesidades y la falta de escucha del cuerpo pueden abrir paso al desequilibrio físico, emocional y espiritual.

Desde esta mirada integral, el dolor deja de ser únicamente un síntoma que debe suprimirse; se convierte en un mensaje del cuerpo y del espíritu, una señal que invita a detenerse, a mirar hacia adentro y a reconsiderar la relación con el entorno, la familia, la palabra y los pensamientos. Es, como recuerda el Zaita, un llamado a regresar al equilibrio y a la armonía con todo lo que sostiene la vida. Nuestro sabedor Gonzalo Gómez Cabiativa nos refiere "Si la persona tiene una herida o algo en el cuerpo, pues es muy diferente a la parte espiritual. Pero hay enfermedades que llegan al cuerpo y se transmiten y llegan al fondo de su ser. Y son las enfermedades que llaman del alma, ¿no? Son enfermedades de esquizofrenia, demencias, todas esas enfermedades que se van a producir más internamente, que no tienen nada que ver con o sí afectan el cuerpo, ¿no? Entonces, eso ataca la parte que podríamos llamar espiritual, la parte que está dentro del ser humano" (Comunicación personal, 2025). Comprender la enfermedad implica reconocer que, cuando existe una desarmonía profunda, esta no se localiza únicamente en una parte del cuerpo, sino que se manifiesta en todo el ser. El cuerpo comienza a expresar, a través de distintos síntomas, que algo en el equilibrio interno ha sido alterado. Estas señales no solo hablan de un malestar físico, sino que revelan también que el espíritu y la esencia han perdido conexión con su centro, con su propósito y con el territorio que los sostiene.

En esta línea, la enfermedad surge cuando el flujo natural entre el cuerpo, el pensamiento, la palabra y la energía espiritual se interrumpe. La desconexión interna se refleja en tensión, cansancio, dolor o angustia; y al mismo tiempo señala que el espíritu no está plenamente anclado ni alineado con la armonía que debería sostenerlo. En otras palabras, el cuerpo actúa como un mensajero que comunica aquello que el espíritu no puede expresar con palabras. Esta comprensión invita a mirar la enfermedad no como un hecho aislado, sino como una consecuencia del desajuste entre las dimensiones física, emocional, espiritual y territorial de la vida. Solo cuando estas retornan a la coherencia y se restablece la conexión con la propia esencia, es posible recuperar el equilibrio profundo que permite vivir en bienestar.

2.2.6. Medicina propia

De acuerdo con Jefferson Cabiativa, la medicina ancestral es un medio para reconstruir la identidad, "la medicina nos lleva a entender por qué somos muiscas" (Comunicación personal, 2025). En esa búsqueda, la práctica médica se convierte en un camino de autoconocimiento y reafirmación cultural. Como señala Pierre Bourdieu (1979), el *habitus* de un grupo se expresa en sus prácticas cotidianas; en este caso, la siembra de plantas, los rituales y la transmisión oral constituyen actos de resistencia simbólica frente a la imposición histórica de una medicina ajena.

El retorno a la medicina propia se entiende también como un proceso de sanación de las heridas coloniales. La comunidad lo expresa al señalar que estas prácticas son "fundamentales para que nos continuemos sanando de las heridas coloniales y de las heridas que han venido también por diferentes situaciones de la ciudad" (Entrevista, Wilmer Talero, 2025). En este sentido, la medicina se convierte en una forma de reexistencia, en el sentido propuesto por Catherine Walsh (2013): no sólo resistir, sino existir de otra manera, afirmando

la vida desde la diferencia. Frente al capitalismo que nos está enfermando mentalmente; proponemos la espiritualidad y la reconexión con los saberes ancestrales como vías para la descolonización del pensamiento y del cuerpo.

Sin embargo, allí la comunidad encuentra algunos retos como la ausencia de espacios en los que se pueda intencionar, sembrar y cosechar plantas medicinales, a causa de la invasión de la ciudad en nuestro territorio, y, por otro lado, la recuperación de los saberes etnomédicos, debido a que históricamente han sido saberes invalidados por prácticas colonialistas.

En el proceso de medicina se reconoce que las plantas les ayudan a conectar con el territorio y el cuerpo de esta forma comprender que quien maneja la medicina debe conocer que se quiere armonizar y llegar a encontrar con esa conexión como no lo expresa nuestro Sabedor Gonzalo Gómez Cabiativa "El tegua le llamaban, había teguas esa palabra del tegua le llamaban también a la persona, al abuelo que conocía o la abuela que conocía de plantas, pero se generó que cuando llegó la colonia entonces ya el tegua se volvió yerbatero y todos querían ser tegua, pero tegua también en muysca significa águila y el ojo del águila detecta un ratón desde bien alto entonces eso se relaciona también con tener una mirada de conocimiento de conocimiento sobre las plantas o sea una mirada que no la tiene cualquiera, entonces por eso le decían el tegua. Tegua significa águila dentro del muyscubum entonces es como un zaita pero solo de sabiduría en plantas o más enfático. Lo que pasa es que la palabra zaita es una persona que puede tener la capacidad de hablar de lo antiguo, de pronto porque porque hay abuelos que si conocían de lo antiguo podían antes de ser abuelos hablar de lo zaita" (Comunicación personal, 2025).

Comprender la ancestralidad implica reconocer que ha sido históricamente agredida, deslegitimada y desconocida por una sociedad que, en muchos casos, cuestiona o desacredita el uso de la medicina propia para atender a quienes lo necesitan. Esta desvalorización no solo afecta las prácticas de cuidado, sino que también hiere la memoria, la espiritualidad y los saberes que han guiado por generaciones a los pueblos originarios. Sin embargo, es fundamental entender que sanar no se limita al cuerpo físico. Cuando el espíritu también necesita recomponerse, se requiere de alguien capaz de escucharnos con profundidad, con respeto y con conocimiento. Y no hay mejor guía que quienes han recorrido el territorio, han aprendido de la vida misma y han heredado el saber transmitido por los mayores. Estas personas, mediante la medicina ancestral y la palabra orientadora, acompañan los procesos de sanación de manera integral.

Así, reconocer el valor de la medicina propia es también reconocer la importancia de quienes sostienen estos saberes: guardianes del territorio, de la memoria y de la armonía que permite sanar el cuerpo, el espíritu y la relación con todo lo que nos rodea. Wilmer Talero en Entrevista nos refiere "Yo creo que la medicina tiene un nivel de importancia profundo en el sentido de que la medicina es todo lo que nos compone a nosotros también en lo que hacemos. El aire, la contaminación es algo que por ejemplo es algo que a nosotros nos afecta bastante, entonces por ende el cuidado del territorio es de parte de la medicina ancestral" (Wilmer Talero, Comunicación personal, 2025).

2.3. Pueblo de Los Pastos

2.3.1. Sistema de pensamiento propio

El pensamiento propio del Pueblo indígena de Los Pastos nace de la palabra ancestral dejada por los(as) mayores(as), sabedores(as), médicos ancestrales de la memoria que habita el territorio y de la experiencia compartida en comunidad, es una forma de entender y ordenar la vida, transmitida por la oralidad y vivida en lo cotidiano. Se puede señalar que este pensamiento comprende el origen de la vida, su sentido y su continuidad, reconociendo que todo está relacionado y que el ser humano es solo una parte del tejido de la existencia.

Uno de los principios que orienta este pensamiento es la armonía, entendida como el equilibrio necesario entre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la comunidad y el territorio. Para el Pueblo indígena de los Pastos, la salud no se reduce a lo físico, sino que se sostiene en ese balance integral, alude que, “la salud para nosotros es la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu”. (M, Cuaran, comunicación personal, 2025). Dado que alguno de estos planos se descuida o se rompe, aparece la desarmonía, que se manifiesta en el cuerpo, en el ánimo o en la vida colectiva. La vida se organiza en varios niveles que deben mantenerse en relación permanente entre la persona, la familia, la comunidad y el territorio. Cada uno tiene su propio equilibrio, pero ninguno puede sostenerse sin los otros, “siempre debe garantizarse una armonía, un equilibrio en la forma en cómo estamos relacionándonos en lo individual, familiar y comunitario” (O, Tapie, comunicación personal, 2025).

Comprendiendo el pensamiento del pueblo indígena de Los Pastos se mantiene vivo gracias a la oralidad, que es el principal camino de transmisión del conocimiento. La tulpa, las mingas y los círculos de palabra son espacios donde se escucha, se aprende y se fortalece la memoria colectiva. Allí, la palabra de los abuelos guía el camino y enseña a vivir con respeto, cuando se menciona “nuestros conocimientos se comparten desde la tulpa, desde la palabra que nos han dejado los abuelos” (A, Atillo, comunicación personal, 2025) Asimismo, el pensamiento propio reconoce la dualidad complementaria como base del equilibrio frío y calor, día y noche, vida y muerte, femenino y masculino. Estas fuerzas no se oponen, sino que se necesitan para sostener la vida. De igual manera, se reconoce que todo tiene espíritu, el agua, las plantas, los cerros, el fuego y los animales son seres con los que se establece relación y a los que se debe respeto.

Aunque muchos comuneros viven hoy lejos del territorio ancestral, el pensamiento del pueblo indígena de los Pastos no se pierde. Desde allí, el pensamiento propio sigue siendo la base para comprender el cuerpo, el territorio, la salud, la enfermedad y la medicina propia, sosteniendo la identidad y el bienestar del Pueblo indígena de los Pastos, finalmente desde la palabra compartida en comunidad, el pensamiento propio del Pueblo indígena Pastos se sostiene como una forma viva de entender la existencia, nacida de la memoria ancestral, del territorio y de la experiencia colectiva. Este pensamiento orienta la vida desde la armonía entre cuerpo, pensamiento, espíritu, comunidad y territorio, reconociendo que la salud y el bienestar dependen del equilibrio de todas estas dimensiones. La oralidad, los espacios de encuentro comunitario y la relación respetuosa con los ciclos de la naturaleza permiten que este saber se mantenga y se renueve, aun cuando el comunero se encuentre lejos del territorio ancestral.

2.3.2. Territorio

El Pueblo indígena de Los Pastos comprende el territorio como una dimensión viva, espiritual y profundamente relacional que trasciende cualquier definición geográfica, pues no

se limita a un espacio físico delimitado, sino que representa una totalidad que integra la memoria ancestral, la energía de la Madre Tierra, la identidad cultural, las prácticas comunitarias y la vida espiritual de cada persona, evidenciando que el territorio es concebido como un ser con espíritu, con carácter, con memoria y con voz propia, capaz de acompañar, orientar, proteger y advertir a quienes lo habitan: “territorio no solo es lo físico, territorio también es mi cuerpo, mi pensamiento y mis acciones” (G, Ramirez, comunicación personal, 2025)

En este marco, se entiende que para el pueblo indígena de Los Pastos el territorio vive dentro de las personas, tanto como la persona vive sobre el territorio; se interioriza en la forma de sentir, en la palabra, en las maneras de relacionarse y en el comportamiento cotidiano. Esta concepción permite comprender que el cuerpo humano es una extensión del territorio, un microcosmos donde se manifiesta la energía de la naturaleza y donde se reflejan las armonías y desarmonías del entorno.

Desde esta perspectiva, el territorio ancestral no solo es un lugar de origen, sino un maestro espiritual compuesto por montañas, cerros, lagunas, vertientes de agua, páramos volcanes entre los que destacamos dentro del territorio, Cumbal, Galeras, Chiles y caminos sagrados, cada uno con espíritu propio y con funciones específicas en el equilibrio de la vida comunitaria; los cerros actúan como guardianes, las lagunas representan la energía femenina y la capacidad de purificar, mientras que los caminos son lugares donde se aprende, se recuerda y se fortalece la memoria colectiva. Esta relación profunda implica que al ingresar a determinados lugares se debe pedir permiso y respetar a los seres espirituales que allí habitan, pues el territorio no es neutral, está cargado de energía que puede armonizar o desestabilizar el cuerpo y el espíritu.

Enmarcando que el territorio comunica directamente con el cuerpo, mostrando que los espacios pueden estar cargados, heridos o desequilibrados, y que la persona percibe en su cuerpo los efectos de esa energía. El territorio, además, funciona como una escuela espiritual y pedagógica donde se aprende a caminar la vida, a reconocer los ciclos del clima, a respetar los elementales, a sembrar con conciencia, a leer el movimiento de los animales y a orientar el pensamiento según las enseñanzas de los abuelos. En este sentido, la desconexión con el territorio implica la pérdida de la memoria ancestral, el debilitamiento de la identidad y la ruptura del equilibrio espiritual; por esta razón, el territorio no es solo un lugar donde se vive, sino un espacio que forma, educa y orienta. La relación cuerpo-territorio es tan estrecha que cuando el territorio está amenazado por conflictos, contaminación o distancias forzadas el cuerpo también sufre y se enferma, mientras que cuando la persona vive en armonía con el territorio, se fortalece y su espíritu se expande. En Bogotá, esta relación adopta una dimensión compleja pero profundamente significativa, pues, aunque la distancia del territorio ancestral genera nostalgia, desarraigo y cansancio espiritual, el Pueblo indígena de Los Pastos ha aprendido a reconstruir el territorio de manera simbólica y espiritual en espacios urbanos.

De este modo, la tulpa, los círculos de palabra, las caminatas a parques y montañas de la ciudad, los rituales, las armonizaciones y el uso de plantas medicinales se convierten en actos de resistencia cultural que permiten reconstruir el territorio espiritual aún lejos del territorio físico. No obstante, la vida urbana introduce tensiones energéticas, ruido, estrés, contaminación, aglomeración, ritmo acelerado y precariedad laboral que afectan la armonía interna y obligan a la comunidad a fortalecer sus estrategias de cuidado espiritual. En esta

adaptación, el territorio deja de ser exclusivamente un espacio físico y se transforma en una red de prácticas simbólicas y espirituales que la comunidad reproduce para mantener viva su identidad. Por ello, en la visión del pueblo indígena de los Pastos, el territorio es origen, refugio, escuela, memoria, identidad, energía y espiritualidad; es un principio que sostiene los demás conceptos de su pensamiento propio el cuerpo, la salud, la desarmonía y la medicina tradicional garantiza la continuidad cultural aun en contextos de migración.

2.3.3. Cuerpo humano

Se entiende que para el Pueblo indígena de Los Pastos, el cuerpo humano es un colectivo vivo y espiritual que se encuentra profundamente entrelazado con el territorio físico, la Madre Tierra y las fuerzas que gobiernan el equilibrio universal. Esta concepción rompe con la idea occidental del cuerpo como un organismo puramente biológico, aislado y fragmentado. En el pensamiento como comunidad del pueblo indígena de los Pastos, el cuerpo es una totalidad donde se entretajan la memoria ancestral, la energía vital, la emoción, el pensamiento y el espíritu, que siente, que comunica, que se afecta y que refleja el estado integral de una persona.

Las sabedoras de la comunidad explican que el cuerpo humano posee puntos energéticos específicos que permiten la conexión directa con la Madre Tierra. Estos puntos, ubicados en la frente, las sienes, el ombligo y los pies, funcionan como entradas y salidas de energía, a través de las cuales se establece el intercambio entre el cuerpo, el territorio y las fuerzas que los habitan. Esta comprensión reafirma que el cuerpo no se concibe únicamente desde una dimensión material, sino también desde lo energético y lo espiritual, en coherencia con la cosmovisión de Los Pastos estos puntos energéticos se comprenden a la luz del churo cósmico, símbolo del movimiento de la vida y del encuentro de opuestos que buscan armonía. La frente y las sienes representan el pensamiento y la palabra que se ordenan; el ombligo es el centro donde se unen cuerpo y espíritu, y los pies permiten el arraigo al territorio, cerrando el espiral que conecta al ser humano con el cosmos: “Los puntos de energía están en la sien, en la frente, en el ombligo y en los pies (...) por ahí entra y sale la energía de la Madre Tierra” (M, Cuaran, comunicación personal, 2025).

Demostrando que el contacto con la tierra y con los elementos no es solo físico, sino profundamente espiritual, y que el equilibrio del cuerpo depende de esta relación, donde el cuerpo también es interpretado como una extensión directa del territorio. La comunidad sostiene que, así como la tierra respira, se cansa, se agrieta o se regenera, el cuerpo humano reproduce esos procesos porque está hecho de la misma energía y materia. Cuando el territorio sufre alteraciones ya sean físicas, espirituales o sociales el cuerpo también lo experimenta. Desde esta perspectiva, cualquier forma de desarraigo, de ruptura espiritual o de desconexión con el territorio repercute inmediatamente en el bienestar corporal. El cuerpo guarda memoria; memoria de los caminos recorridos, de las palabras recibidas en la tupa, de los rituales compartidos y de las tensiones emocionales o espirituales no resueltas.

Por ello, el pueblo indígena de Los Pastos considera que el cuerpo manifiesta directamente el estado del espíritu. Si este se encuentra cargado, triste, confundido o alejado de la armonía, el cuerpo lo expresa, los síntomas no se reducen a explicaciones biomédicas; se entienden como señales profundas de que algo se ha alterado en la vida espiritual de la persona:

“Cuando entro a ciertos lugares me da sueño, ardor en los ojos... dicen -usted está espantada-”. (A, Erira, comunicación personal, 2025)

Esta reacción, denominada espanto, no es simplemente una emoción de susto, sino un desequilibrio profundo causado por la pérdida momentánea de energía. El cuerpo, en este caso, se convierte en un mensajero que advierte que la persona necesita recobrar su armonía. El cuerpo también es un espacio donde se imprimen las emociones y las tensiones de la vida comunitaria y familiar. Cuando hay conflictos, malentendidos, estrés laboral o problemas, el cuerpo comienza a somatizar estas cargas en forma de nervios, insomnio, cansancio extremo o irritabilidad. Dentro del pensamiento del pueblo indígena de los Pastos, estas manifestaciones no se interpretan como simples molestias, sino como señales claras de que la persona requiere orientación espiritual, palabra de consejo o armonización. En los círculos de palabra, estas tensiones encuentran un espacio para ser liberadas, pues la comunidad entiende que la sanación del cuerpo no puede darse sin sanar también las relaciones y los vínculos colectivos.

En el contexto urbano, el cuerpo de los Pastos enfrenta desafíos que no existían en el territorio ancestral. La ciudad impone ritmos acelerados, ambientes ruidosos, relaciones impersonales y una alimentación que muchas veces se aleja de la tradición, las largas jornadas laborales, el transporte saturado y la falta de lugares de conexión natural generan cansancio, desorientación y agotamiento que afectan profundamente la energía del cuerpo. La comunidad describe que Bogotá “cansa el espíritu”, porque obliga al cuerpo a adaptarse a dinámicas que no corresponden a la forma de vida tradicional. Sin embargo, esta adaptación no implica renunciar a la identidad; al contrario, el cuerpo se convierte en un espacio de resistencia cultural. Los baños con plantas, los sahumeros, las caminatas a zonas naturales y el encuentro en la tulpia restauran la energía y permiten que el cuerpo recupere su equilibrio, donde el cuerpo, en el pensamiento Pastos, es el centro donde convergen todas las dimensiones del ser, es el reflejo del estado espiritual, el indicador del equilibrio emocional, la memoria del territorio y el canal que conecta a la persona con la Madre Tierra.

Un cuerpo armonizado es resultado de una vida equilibrada, mientras que un cuerpo en desarmonía revela la necesidad de sanar el espíritu, reorganizar el pensamiento o restablecer la relación con la comunidad y el entorno natural. Por eso, la medicina propia no trata el cuerpo como un objeto aislado, sino como una totalidad donde cada elemento tiene un significado espiritual y cultural.

2.3.4. Salud

Para el Pueblo indígena de Los Pastos, la salud es un estado de equilibrio integral que se construye y se sostiene a través de la armonía entre el cuerpo, el espíritu, el pensamiento, el territorio y la comunidad. Esta visión supera ampliamente la noción biomédica de salud entendida como ausencia de enfermedad; en cambio, propone una concepción holística donde la persona es vista como un ser completo que necesita estar en paz consigo misma, con su entorno y con las fuerzas espirituales que gobiernan el universo. Demostrando que la salud es, ante todo un proceso espiritual y relacional, y no únicamente una condición física, “la salud para nosotros es la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu”. (O, Tapie, comunicación personal, 2025); reflejando la profundidad del pensamiento como comunidad Pastos la salud no se limita a lo visible o tangible; se enraíza en la conexión espiritual de la persona con la

Madre Tierra y con el orden cósmico, haciendo que el cuerpo, desde esta visión, no puede estar sano si el pensamiento está confundido, si el espíritu se encuentra cargado o si la persona ha perdido su relación con los elementos naturales. La salud, por lo tanto, es un camino que integra dimensiones que en otras culturas se separan, pero que para el pueblo indígena de los Pastos forman una unidad indivisible. “La desarmonía venía también de espacios físicos, externos”. (M,Cuaran, comunicación personal, 2025)

Ello indica que ciertos lugares cargados o contaminados espiritualmente pueden afectar la salud de la persona, creando malestares físicos que no siempre tienen explicación médica. Por esta razón, la salud también implica conocer dónde se camina, saber pedir permiso al ingresar a espacios sagrados y evitar lugares donde la energía se perciba pesada o inestable. La salud, desde lo propio, también está íntimamente ligada a las relaciones comunitarias.

La alimentación también es parte fundamental de la salud. En el pensamiento del pueblo indígena de los Pastos, los alimentos tienen espíritu y energía propia. Los productos de la tierra, como la papa, el maíz, la quinua y los alimentos frescos, son considerados fuentes de equilibrio y fortaleza. En cambio, la comida procesada, artificial o cargada de químicos pesticidas debilita la energía vital. La alimentación es vista como una forma de mantener la armonía con el territorio, porque se entiende que la tierra ofrece lo que el cuerpo necesita para sanar y mantener el equilibrio.

Además, la salud está profundamente influenciada por la espiritualidad ancestral. El fuego, el agua, la tierra y el aire no son elementos inertes, sino fuerzas vivas que sostienen la existencia. El fuego purifica, el agua limpia, el aire aclara el pensamiento y la tierra sostiene y da fuerza. Cuando las personas realizan armonizaciones, baños medicinales, soplos o sahumerios, no están solo aliviando síntomas: están reconstruyendo el equilibrio espiritual que sustenta la salud. En los documentos revisados se señala que la medicina tradicional es inseparable del cuidado espiritual, pues reconoce que los desequilibrios del espíritu son las primeras señales de que la salud puede deteriorarse.

En Bogotá, la salud enfrenta desafíos complejos debido a las condiciones urbanas, el ritmo acelerado, el estrés laboral y la desconexión con la naturaleza. La comunidad relata que la ciudad genera cansancio, agotamiento y desorientación, afectando tanto el cuerpo como el espíritu. A pesar de ello, el pueblo indígena de Los Pastos ha encontrado maneras de recrear su salud ancestral en el contexto urbano. Realizan caminatas hacia espacios naturales, organizan tulpas comunitarias, preparan plantas medicinales, hacen sahumerios en sus hogares y participan activamente en los círculos de palabra para sostener su salud espiritual. Es importante subrayar que, para el pueblo indígena de los Pastos, la salud no es solo un estado que se experimenta individualmente, sino un compromiso colectivo.

En esta línea, la salud también implica vivir conforme al pensamiento propio. Esto significa respetar las enseñanzas de los abuelos, actuar desde la palabra, mantener la armonía, practicar la reciprocidad y caminar la vida de manera equilibrada. Cuando una persona se desvía de este camino, su salud se debilita. Y cuando retorna a su pensamiento, se recupera la fuerza espiritual. La salud, es la manifestación más profunda de la vida en equilibrio.

2.3.5. Enfermedad

Para el Pueblo indígena de Los Pastos, la enfermedad no se concibe como un fenómeno puramente biológico ni como un hecho aislado del cuerpo físico. En lugar de ello, la enfermedad es entendida como desarmonía, es decir, como una ruptura o desequilibrio entre las distintas dimensiones que componen el ser humano: el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, las emociones y la relación con el territorio. Esta comprensión surge de la visión integral que sostiene el pensamiento del pueblo indígena de los Pastos, donde la salud depende de la armonía interna y externa, mientras que la enfermedad aparece cuando esta armonía se fractura, “La enfermedad se da tanto espiritual y física como en un solo”. (M,Cuaran, comunicación personal, 2025)

Reconociendo que la comunidad reconoce que lo físico y lo espiritual no pueden dividirse, pues el cuerpo es el espacio donde se manifiestan los desequilibrios profundos. En consecuencia, la enfermedad no se reduce a un síntoma o a un órgano afectado. Es una señal del espíritu, un llamado a revisar el pensamiento, la relación con la comunidad o incluso la conexión con la Madre Tierra. El cuerpo, desde esta perspectiva, es la primera voz que advierte que algo no está bien. “Cuando entro a ciertos lugares me da sueño, ardor en los ojos... dicen-usted está espantada-” (A, Erira, comunicación personal, 2025).

El “espanto” es una categoría clave dentro de la medicina ancestral del pueblo indígena de los Pastos. No se trata de un susto superficial, sino de un impacto energético que afecta la integridad del espíritu. Cuando una persona se “espanta”, experimenta síntomas como cansancio repentino, sueño profundo, desorientación, dolor de estómago o sensación de vacío. Este desequilibrio debe ser tratado a nivel espiritual, porque el origen del espanto no está en el cuerpo, sino en la energía que se perdió o se fragmentó al entrar en un espacio cargado o en un momento emocionalmente crítico.

Asimismo, el pensamiento del pueblo indígena de Los Pastos reconoce la existencia del mal aire, otra forma de desarmonía espiritual. Este fenómeno ocurre cuando una persona entra en contacto con energías densas, pesadas o negativas presentes en algunos lugares o generadas por conflictos familiares, envidias o tensiones emocionales. El mal aire puede causar dolor de cabeza, vómito, desmayos, cansancio extremo o alteraciones en el sueño. Estas manifestaciones son comprendidas como señales de que la persona ha sido afectada por energías externas, y requieren armonización, con plantas medicinales o soplos para restaurar el equilibrio.

La desarmonía también se relaciona con las emociones. Se observa que la tristeza, la ira, el estrés, la preocupación y la nostalgia pueden causar enfermedad, especialmente cuando no se expresan o no se resuelven adecuadamente dentro de la comunidad. Para el pueblo indígena de los Pastos, las emociones no son asuntos internos o psicológicos aislados; tienen una dimensión espiritual que afecta la energía del cuerpo. De esta manera, un conflicto familiar o un problema dentro del cabildo no solo genera malestar emocional, sino que puede convertirse en enfermedad si no se restablece la armonía mediante la palabra, la minga o el acompañamiento espiritual.

El alejamiento del territorio ancestral también es una fuente de desarmonía. Los documentos muestran que la migración a Bogotá, con su ritmo urbano acelerado, su contaminación, su ruido constante y su desconexión con la naturaleza, genera una tensión espiritual profunda. La comunidad expresa que la ciudad “cansa el espíritu” porque obliga al cuerpo a vivir de manera contraria a su naturaleza. La distancia de los cerros, del agua limpia,

del aire fresco y de las prácticas rituales tradicionales debilita la energía vital, provocando ansiedad, estrés, cansancio prolongado, dolores físicos y sensación de pérdida de rumbo.

Otro factor importante relacionado con la desarmonía es la ruptura del pensamiento propio. Cuando la persona se aleja de las enseñanzas ancestrales, de la palabra de los abuelos, de la tulpá o de las prácticas tradicionales, su espíritu se debilita. Esto ocurre especialmente cuando se adoptan formas de vida urbanas que generan competencia, individualismo y desconexión. En estos casos, la enfermedad se interpreta como un recordatorio de que es necesario regresar al equilibrio, buscar orientación en la comunidad y reforzar los vínculos con la medicina propia.

Además, la desarmonía puede aparecer como consecuencia de la falta de respeto hacia los elementales o hacia los lugares sagrados. Los documentos señalan que algunas enfermedades surgen cuando la persona entra en sitios sin pedir permiso, corta plantas sin hacer ofrendas o interrumpe espacios espiritualmente delicados. Este tipo de acciones pueden molestar a los seres que habitan el territorio, desencadenando malestares físicos o energéticos. Aquí, la enfermedad es una señal de que se debe reparar la relación alterada mediante la palabra, las ofrendas o los rituales adecuados.

También es relevante considerar que el pueblo indígena de Los Pastos reconoce que la desarmonía es acumulativa. Es decir, no surge de un solo evento, sino de una serie de tensiones pequeñas que, si no son atendidas, van debilitando el cuerpo y el espíritu. Por ello, prácticas como la conversación, la armonización con plantas, los sahumeros, los baños medicinales y la participación en actividades comunitarias son fundamentales para prevenir la acumulación de energía negativa o emociones no resueltas.

En la visión del pueblo indígena de Los Pastos, la desarmonía es también una oportunidad. No se interpreta como castigo ni como algo definitivo, es un llamado del espíritu para revisar la vida, reorganizar el pensamiento, recobrar la conexión con el territorio y restablecer la relación con la comunidad. La enfermedad, entonces, no solo indica un problema, sino que abre la puerta para el aprendizaje, la reflexión y la sanación integral.

2.3.6. Medicina propia

La medicina propia del Pueblo indígena de Los Pastos constituye un sistema espiritual, terapéutico y cultural profundamente arraigado en la memoria ancestral y en la relación sagrada con la Madre Tierra. No se trata simplemente de un conjunto de remedios o prácticas curativas; es un modo de comprender la vida, un sistema complejo donde se integran la palabra, el territorio, la energía, las plantas, los rituales, los símbolos y los conocimientos transmitidos por los abuelos. Esta medicina no solo atiende lo físico, sino que busca restaurar la unidad del ser humano con su espíritu, su pensamiento, su cuerpo y su entorno. “La medicina ancestral es ese saber y la conexión con el cuerpo físico y espiritual”. (I, Quitiaquez, comunicación personal, 2025). Esta afirmación da cuenta del fundamento esencial de la medicina propia, la salud y la sanación no pueden comprenderse sin atender la dimensión espiritual que da origen a la vida. Por ello, la medicina ancestral no trata únicamente síntomas visibles, sino que busca armonizar el espíritu, liberar energías acumuladas, reparar vínculos y fortalecer la conexión con la Madre Tierra y los lugares sagrados.

La tulpá es el corazón de la medicina propia y uno de los espacios más importantes para el Pueblo indígena de Los Pastos. Alrededor del fuego se realiza un proceso de sanación y orientación que involucra la palabra, el silencio, la observación y el acompañamiento espiritual. No es un simple fogón; es un punto de encuentro entre mundos, un lugar donde la energía del fuego comunica, purifica y fortalece. Allí se conversa, se piensa en comunidad, se piden consejos a los abuelos, se interpretan los sueños, se comparten preocupaciones y se organizan las decisiones que afectan a la familia y a la comunidad. La tulpá, en sí misma, es medicina, porque alienta la cohesión, el respeto, la escucha profunda y la claridad espiritual. La palabra que circula en la tulpá es también parte de la medicina. La palabra del Pueblo indígena de Los Pastos no es ligera ni cotidiana; es palabra con intención, pensamiento que cura, sonido que ordena. Los sabedores utilizan la palabra para orientar, aliviar tensiones, reconectar a las personas con su sentido de vida y señalar los caminos de armonización. En la tradición del Pueblo indígena de Los Pastos, la palabra correcta puede sanar tanto como una planta o un ritual, porque a través de ella se libera la carga emocional, se clarifica el espíritu y se restaura la armonía interna.

El uso de plantas medicinales es otro pilar de la medicina ancestral. Las plantas no se conciben como objetos o recursos, sino como seres con espíritu propio, que tienen la capacidad de limpiar, calmar, fortalecer o proteger. La comunidad reconoce que cada planta posee un carácter y una intención particular, algunas ayudan a eliminar el mal aire, otras alivian el espanto, otras fortalecen el espíritu cansado, y otras protegen contra energías densas. Este conocimiento no se aprende en libros; se transmite por generaciones mediante la observación, la experiencia y la palabra de los abuelos.

Los baños medicinales son una de las prácticas más frecuentes y significativas dentro de la medicina del Pueblo indígena de Los Pastos, los cuales se preparan con plantas elegidas específicamente según la necesidad espiritual o física de la persona. Los baños de limpieza ayudan a retirar energías negativas, mientras que los baños de armonización fortalecen el vínculo con la Madre Tierra. El agua, en este proceso, no es un elemento más, es un ser espiritual que tiene la capacidad de recibir, llevar y transformar la energía, por lo que el acto de bañarse se convierte en un ritual de purificación profunda.

Los sahumerios y los soplos también forman parte de la medicina tradicional. El sahumerio permite limpiar espacios, hogares, cuerpos y objetos que han acumulado energía pesada. El humo, preparado con plantas aromáticas y resinas, se convierte en un vínculo de ordenamiento espiritual. El soplo, por su parte, es una técnica donde el sabedor utiliza el aliento para mover y equilibrar la energía de la persona, ayudando a que el cuerpo libere tensiones o cargas que afectan su bienestar. Estas prácticas son comunes tanto en el territorio ancestral como en Bogotá, donde los comuneros las utilizan para contrarrestar las energías cargadas de la vida urbana.

La armonización espiritual es otro elemento fundamental de la medicina del Pueblo indígena de Los Pastos. Cuando una persona está espantada, ha recibido mal aire o su espíritu está debilitado, los sabedores realizan rituales que buscan restaurar su equilibrio energético. Estos rituales incluyen el uso de plantas, el fuego, la palabra y, en algunos casos, la orientación hacia los elementos naturales como el agua o la tierra. El objetivo de la armonización no es solo calmar el malestar inmediato, sino restablecer el vínculo profundo entre la persona y su espíritu, para que vuelva a caminar la vida con claridad y tranquilidad.

Es importante destacar que la medicina propia no se opone necesariamente a la medicina occidental; sin embargo, los documentos muestran que la comunidad reconoce que los hospitales y médicos de la ciudad no siempre comprenden las causas espirituales o emocionales de la enfermedad. La medicina occidental atiende el cuerpo, pero no cura la desarmonía. Por ello, aunque la comunidad recurre a los servicios médicos para ciertos casos, mantiene la práctica cotidiana de su medicina ancestral como base fundamental del equilibrio espiritual.

En Bogotá, la medicina propia adquiere un papel aún más importante. La vida urbana genera cansancio, estrés, ansiedad y desconexión, lo que obliga a la comunidad a encontrar formas de recrear su espiritualidad en espacios reducidos. Así, las tulpas, los encuentros comunitarios, las caminatas a lugares naturales cercanos, la preparación de plantas y los sahumerios se convierten en prácticas de resistencia cultural y cuidado colectivo. La medicina propia actúa como un puente que mantiene viva la identidad del Pueblo indígena de Los Pastos en medio de un entorno que frecuentemente no reconoce ni respeta las prácticas indígenas.

Por lo cual, la medicina propia del Pueblo indígena de Los Pastos no sólo cura, sino que enseña. Enseña a escuchar el cuerpo, a leer las señales de la naturaleza, a respetar los espacios sagrados, a mantener la palabra, a pedir permiso, a agradecer y a caminar la vida de manera equilibrada. Es una escuela espiritual que orienta a la persona hacia la armonía interior, hacia el reconocimiento de su identidad y hacia la conexión con el territorio. La medicina ancestral es, en ese sentido, un acto de dignidad, de continuidad y de resistencia cultural que garantiza la permanencia del Pueblo indígena de Los Pastos a través del tiempo.

2.4. Pueblo Pijao - Cabildo Ambiká

2.4.1. Sistema de pensamiento propio

El sistema de creencias propio de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao se fundamenta en una relación sagrada e indisoluble con la Bota Ima (Madre Tierra), entendida como la fuente originaria de toda vida y el sustento del equilibrio cósmico. Este pensamiento se estructura en torno al principio dualístico Chirí-Chajuá (frío-calor), la Ley de Origen que regula la interacción de todas las fuerzas del universo, desde el cuerpo humano y la comunidad hasta el territorio y los espíritus. La armonía entre estos polos opuestos y complementarios constituye el estado ideal de existencia, donde el bienestar integral depende del mantenimiento de este balance dinámico. Espacios rituales como la enramada materializan este orden, funcionando como el corazón comunitario donde se ejerce la palabra correcta, se transmite el conocimiento ancestral y se restaura el equilibrio espiritual a través del diálogo intergeneracional y las prácticas colectivas.

En contextos urbanos, este sistema de creencias demuestra una notable capacidad de adaptación y resistencia, transformándose sin perder su esencia. La migración y la vida en la ciudad generan rupturas como el desarraigo o el mal de tierra, entendidos como enfermedades del espíritu por la desconexión del territorio. Frente a esto, la comunidad activa estrategias de re-territorialización: las enramadas se recrean en círculos de palabra, el cultivo en huertas urbanas y la visita a parques o cuerpos de agua sustituyen la conexión directa con la Bota Ima, y la medicina propia se adapta utilizando plantas disponibles localmente. El conocimiento se sigue transmitiendo oralmente, y prácticas como las limpias, las armonizaciones y el uso ritual

de plantas como el tabaco persisten, articulándose a veces de manera pragmática con la medicina occidental para atender las necesidades de salud en un entorno hostil a los saberes ancestrales.

En este marco, el sistema de creencias de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao es un marco holístico, vivo y dinámico que organiza la realidad en una red de correspondencias simbólicas y prácticas entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio. Define un derecho propio y una ley de origen donde los humanos pertenecen a la tierra, y su bienestar depende de mantener la reciprocidad y el respeto con ella. Más que un conjunto de ideas es una práctica constante de equilibrio, un sistema ético y espiritual, que guía el cuidado de la salud, la resolución de conflictos, la transmisión del conocimiento y la defensa de la autonomía cultural, demostrando una profunda resiliencia para sostenerse y renovarse tanto en el territorio ancestral como en el espacio urbano.

2.4.2. Territorio

El territorio es una entidad viva, sagrada y maternal, que sostiene la existencia de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, en todas sus dimensiones. No se reduce a un espacio geográfico, sino que es percibido como un ser integral que da vida, acoge la muerte y asegura la continuidad cósmica y comunitaria. Como expresa J. Farfán (comunicación personal, 17 de octubre 2025), la tierra “es la que nos da la semilla, es la que nos ayuda a la germinación de la semilla de todos los sentidos, llámese plantas, llámese lo que sea, ser humano y firme, porque no discrimina [...] y cuando morimos, también nos recibe”.

Esta visión se complementa con la noción de que la naturaleza es vida y conexión con la ancestralidad (M. Rivas, comunicación personal, 17 de octubre 2025), y con la comprensión de la muerte como una trascendencia hacia “otro lado” (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025), donde el territorio funge como puente entre lo físico y lo espiritual. En esta cosmovisión, el territorio es “madre” y, como tal, “no se negocia, no se comercializa, no se expropia” (Nupan Criollo et al., 2022), porque constituye el fundamento de la identidad, la salud y la autodeterminación del pueblo.

La migración forzada o el desplazamiento hacia entornos urbanos representan una profunda fractura en la relación simbiótica con el territorio, lo cual se traduce en un deterioro de la salud integral y la identidad cultural. El paso del campo a la ciudad implica perder la libertad y el contacto vital con la naturaleza, generando un “encierro” que afecta la salud física y mental (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Esta desconexión se agrava por la imposibilidad de acceder a los recursos sagrados del territorio, pues, como señala J. Farfán (comunicación personal, 17 de octubre 2025), “no se consiguen muchas plantas porque toca ir al territorio a traerlas”, y aquellas que se encuentran en la ciudad carecen del mismo poder medicinal (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025).

La dificultad de mantener prácticas ancestrales y el escaso reconocimiento estatal de los derechos indígenas (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025) acentúan esta ruptura. Sin embargo, persiste un esfuerzo por restablecer el vínculo a través de visitas regulares al territorio o la búsqueda de espacios naturales en la ciudad, ya que, como expresa L. Juanías (comunicación personal, 17 de octubre 2025), solo allí se encuentra felicidad y paz al escuchar “los ruidos de allá, de la noche, el día, la madrugada, de los pajaritos”.

En suma, la Comunidad Indígena Ambiká Pijao el territorio es una totalidad viva y dinámica que trasciende lo físico para encarnarse en lo espiritual, cultural y corporal. Es un “todo” indivisible (J. Farfán, comunicación personal, 17 de octubre 2025) que funciona como base de la salud, entendida como “territorio vivo” (Nupan Criollo et al., 2022), donde el equilibrio individual y colectivo depende del bienestar del entorno. Esta concepción se corporiza en la noción de que “el mismo es territorio” (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025), es decir, que la identidad y el cuerpo son extensiones del territorio ancestral, llevándolo consigo a donde migran. Así, el territorio es el espacio ecológico, sagrado y político donde se desarrolla la vida en plenitud, se honra a los ancestros y se ejerce la autodeterminación. Como resume la perspectiva académica, “junto con el territorio está la vida y junto a la vida está la dignidad” (Moreno y Mora, 2022), definiéndose así como el sustrato irreductible de la existencia, la memoria y la resistencia del pueblo.

2.4.3. *Cuerpo humano*

El cuerpo humano es un sistema dinámico y sagrado de relaciones, donde lo físico, lo espiritual, lo emocional y lo comunitario se entrelazan en un equilibrio esencial. Para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, no se concibe como una entidad aislada, sino como un nodo dentro de una red cósmica que incluye el territorio, los ancestros y las fuerzas naturales. La salud íntegra se manifiesta como una armonía total, donde “la persona se mantiene radiante y su aura, su espíritu se siente” (C. Cupitra, comunicación personal, 17 de octubre de 2025).

Este equilibrio se sostiene en la dualidad de fuerzas como el Chirí y el Chajuá, pues, como afirma J. Farfán (comunicación personal, 2025), “El equilibrio. Esa es la base de todo”. El cuerpo es, por tanto, un reflejo del orden universal, donde cada persona está ligada a una estrella (Secretaría Distrital, 2016) y su bienestar depende de la estabilidad familiar, el trabajo y la conexión con la comunidad (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025). En esta visión, la enfermedad es un “desequilibrio, una desarmonización del entorno, del cuerpo” (Nupan Criollo et al., 2022), que se expresa tanto en síntomas físicos como en tristeza o debilidad espiritual (Leal y Tapia, 2018).

La migración y la vida urbana representan una fractura profunda en esta concepción holística, llevando al cuerpo a un estado de desarmonía. Cuando se interrumpe la conexión con el territorio, la familia y las prácticas comunitarias, el cuerpo pierde su equilibrio fundamental, manifestando enfermedades que son tanto físicas como espirituales. La salud espiritual, que “depende de la tranquilidad del pensamiento y de la armonía familiar” (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025), se ve comprometida en entornos de desconexión. Por ello, la participación en rituales y encuentros comunitarios —más de cinco veces al año, según P. Lozada (comunicación personal, 17 de octubre 2025)— no es un acto opcional, sino una necesidad vital para “reconectarse con la comunidad y con los saberes ancestrales”, restaurando así la salud integral. Esta transformación forzada evidencia que el cuerpo no es autónomo; su bienestar está irrevocablemente ligado a la continuidad de relaciones armoniosas con su entorno sociocultural y natural.

En este sentido, para la cosmovisión de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao el cuerpo humano es un territorio vivo donde convergen lo material y lo espiritual, siendo a la vez un recipiente temporal y un vehículo de trascendencia. No se reduce a su dimensión física, pues “ese cuerpo que un día nació bello [...] tiene una trascendencia y al momento de morir ese cuerpo ya queda en el descanso eterno. Pero [...] nuestro cuerpo se va, pero el espíritu queda”

(F. Tapiero, comunicación personal, 17 de octubre de 2025). El cuerpo es tierra que vuelve a la tierra, pero su esencia perdura en el legado comunitario: “la persona no muere, sino que queda el espíritu. ¿Dónde queda ese espíritu? En los que quedamos vivos” (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Así, el cuerpo se define como una memoria encarnada —portador de saberes, emociones y relaciones— y como un campo de equilibrio cósmico entre fuerzas opuestas. En última instancia, cuidar el cuerpo es cuidar el territorio y la comunidad, ya que constituyen una unidad indisoluble donde reside la salud, la identidad y la continuidad del pueblo.

2.4.4. Salud

La salud es un estado de equilibrio y armonía integral que trasciende a la mera ausencia de enfermedad. Para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, se concibe como un bienestar holístico donde convergen lo físico, emocional, espiritual, comunitario y territorial. La salud es, en esencia, un “buen caminar” en la vida, que implica “cuidados, transmisión de conocimiento, alimentación, felicidad, alegría, que se tiene un propósito” (C. Yara, comunicación personal, 17 de octubre de 2025). Este equilibrio se rige por el principio del Chirí y el Chajuá (frío y calor), el cual organiza no sólo la medicina, sino todas las dimensiones de la existencia: “el equilibrio no solamente es el tema de la enfermedad, también hablamos del bienestar [...] todo tiene que ver con el chirí y el chajuá” (J. Farfán, 2025). La salud es, por tanto, “estar en armonía consigo mismo, con mis semejantes, con nuestra madre tierra y con todo lo que nos rodea” (Leal y Tapia, 2018), un estado que se nutre de la relación directa con la Bota Ima (Madre Tierra) y se sostiene en la comunidad y los saberes ancestrales.

La migración, la urbanización y el contacto con el sistema de salud occidental han generado una transformación y, en muchos casos, una ruptura en este modelo integral. La desconexión del territorio dificulta el acceso a las plantas medicinales específicas, debilitando la medicina tradicional. Esto ha llevado a una negociación pragmática donde, sin abandonar la raíz ancestral, se busca un “enlace” con la medicina occidental: “las dos medicinas son importantes” (M. Mira, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Esta adaptación es una estrategia de resiliencia ante un entorno que a menudo desconoce o menosprecia los saberes propios.

Sin embargo, persiste la conciencia de que la salud plena requiere reconexión: se mantienen prácticas como las armonizaciones y el uso de plantas “más de cuatro veces al año” (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025) para restaurar el equilibrio perdido. La transformación también se evidencia en áreas como la salud reproductiva, donde métodos modernos de planificación han cambiado dinámicas comunitarias, aunque sin eliminar el rol de sabedoras como las parteras (L. Juanías, comunicación personal, 17 de octubre 2025).

De acuerdo con lo anterior, para la cosmovisión Pijao la salud se define como un proceso de equilibrio enmarcado en lo comunitario que integra inseparablemente el bienestar individual con la armonía colectiva y ambiental. Es un concepto “integral, pues no sólo se refiere a estado de sentir bienestar corporal, sino y sobre todo de vivir en armonía consigo mismo, con los demás y con el mundo circundante” (Comité de Salud Intercultural Pijao, 2009). Esta concepción de la salud se simboliza en la balanza del *Chirí y el Chajuá*: “si hay equilibrio, pues estamos en armonía, tenemos salud. Y si la balanza estuviera desequilibrada, pues no

habría salud, sino enfermedad" (M. Biuchi, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Por lo tanto, la salud es sinónimo de buen vivir, un estado que se construye diariamente a través de la convivencia pacífica, la fuerza espiritual, la conexión con la naturaleza y la práctica de la medicina ancestral.

2.4.5. Enfermedad

La enfermedad se concibe como un desequilibrio o una desarmonía que trasciende lo meramente físico para abarcar dimensiones espirituales, emocionales, comunitarias y territoriales. Para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, se entiende como una ruptura en el equilibrio vital entre el Chirí y el Chajuá (frío y calor), principios que rigen no sólo el cuerpo, sino todas las relaciones. "Para nosotros los pijaos, la enfermedad es un desequilibrio, entre el frío y el calor, el chirí y el chajuá" (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025).

Esta concepción es holística: la enfermedad puede originarse por causas físicas, pero también por "maldiciones, venganzas, celos o envidias", por la violación de normas culturales, o por un desorden en el entorno (Comité de Salud Intercultural Pijao, 2009). Incluso las preocupaciones materiales son una forma de enfermedad, pues "si no tenemos un trabajo estable [...] eso es una enfermedad que afecta espiritualmente" (C. Cupitra, comunicación personal, 17 de octubre de 2025). Así, la enfermedad es un signo de que la armonía entre la persona, la comunidad y la Bota Ima (Madre Tierra) se ha quebrado.

La migración y la vida en entornos urbanos como Bogotá han transformado las manifestaciones y la experiencia de la enfermedad, generando nuevos desequilibrios y dificultando su tratamiento ancestral. El ritmo de vida acelerado, el estrés económico y la lejanía del territorio originan enfermedades modernas: "uno se enferma, de ver que no le alcanzó el tiempo, que le tocó salir corriendo" (M. Rivas, comunicación personal, 17 de octubre 2025).

La tecnología se percibe como un agente patógeno nuevo: "La tecnología nos tiene enfermos [...] los niños ya están enfermos" (M. Rivas, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Además, el acceso a las plantas medicinales se ve limitado, obligando a un recurso a la medicina farmacéutica que, si bien es un "enlace" necesario, representa una ruptura con el modelo de curación integral: "a veces no consigo la mayoría de plantas acá [...] y muchas gripas" (J. Farfán, comunicación personal, 17 de octubre 2025). Pese a ello, persisten enfermedades tradicionales como el "descuaje" en niños (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025) y la lógica de atención prioritaria del sabedor dentro de la familia, recurriendo a la medicina occidental sólo en casos graves (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025).

En este sentido, para la cosmovisión de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao la enfermedad se define como una señal de ruptura en un sistema vivo e interconectado. No es un evento aislado en un cuerpo individual, sino un síntoma de que se ha perdido el equilibrio sagrado entre fuerzas opuestas (frío/calor), entre la persona y su comunidad, y entre la humanidad y la Madre Tierra. Como señala el conocimiento ancestral, "cuando la Madre Tierra está enferma también el ser humano está enfermo, porque él es parte de ella" (Comité de Salud Intercultural Pijao, 2009).

Por lo tanto, la enfermedad —ya sea física como la "gripa" o espiritual como las "malas energías" (M. Biuchi, comunicación personal, 17 de octubre 2025)— es siempre una manifestación de "desorden, una desarmonía en la persona, en la comunidad o en las diversas relaciones" con el territorio (Comité de Salud Intercultural Pijao, 2009). Su curación, en consecuencia, exige un restablecimiento integral de la armonía, recurriendo a los saberes espirituales de los médicos ancestrales y a las plantas medicinales, en un acto que sana simultáneamente al individuo, a la comunidad y al territorio.

2.4.6. Medicina propia

La medicina propia para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao es un sistema de conocimiento holístico y espiritual, profundamente enraizado en el territorio y la cosmovisión ancestral. Se fundamenta en el principio del equilibrio entre el Chirí y el Chajuá (frío y calor), fuerzas universales representadas en elementos como el agua, el sol y la luna, que rigen la salud y la existencia. Esta medicina es ejercida por sabedores especializados, tales como los mohanés, teguas, parteras y sobanderos, quienes actúan como intermediarios entre lo físico y lo espiritual, utilizando plantas medicinales, rituales y técnicas manuales para diagnosticar, prevenir y curar.

Un componente esencial son las plantas sagradas, como el *Tenu* (tabaco) y el *Tapetusa*⁹, cuyas propiedades van más allá de lo físico: son medicinas espirituales que fortalecen el cuerpo y el espíritu, y se emplean en ceremonias para armonizar al individuo con la comunidad y el cosmos. Como explica un sabedor, "el uso del tabaco (*Tenu*) y la tapetusa es fundamental en la comunidad, pues estas plantas poseen propiedades curativas naturales y son consideradas medicinas sin químicos que fortalecen el cuerpo y el espíritu" (P. Lozada, comunicación personal, 17 de octubre 2025). La medicina propia, por tanto, es indisociable de la vida comunitaria y la conexión con la Madre Tierra, guiando incluso procesos como la concepción, la cual se armoniza con los ciclos lunares (C. Yara, comunicación personal, 17 de octubre de 2025).

La migración y la vida urbana han transformado la práctica de la medicina propia, generando nuevos desafíos y adaptaciones. En la ciudad, el acceso a las plantas medicinales específicas del territorio se dificulta, lo que obliga a recurrir a la medicina occidental para ciertas afecciones, estableciéndose una relación de complementariedad pragmática. Como señala L. Juanías (comunicación personal, 17 de octubre 2025), "la ancestral yo la encuentro más rápido [...] mientras que la occidental toca que ir y empezar sacando una cita". Sin embargo, esta articulación es compleja y enfrenta obstáculos sistémicos, como la falta de reconocimiento institucional: "Pago una EPS. Si me enfermo, me toca ir a la EPS para poner una incapacidad porque no me aceptan que un mayor o un sabedor [...] me dé una incapacidad" (J. Farfán, comunicación personal, 17 de octubre de 2025).

Pese a esto, la comunidad insiste en la necesidad de un diálogo respetuoso que permita la coexistencia y articulación de ambos sistemas, donde la medicina occidental sirva como herramienta complementaria sin suplantar la autonomía ancestral. El sabedor P. Lozada (comunicación personal, 17 de octubre 2025) señala que, aunque se practica la medicina

⁹ Bebida ancestral de caña destilada artesanalmente.

ancestral de manera personal y se complementa con la occidental en la ciudad, la articulación plena aún es difícil de lograr.

En este marco, la medicina propia de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao se define como un sistema autónomo de saber y práctica que busca mantener el equilibrio integral (físico, espiritual, comunitario y territorial) a través del uso de recursos naturales y rituales sagrados, donde el tabaco y el tapetusa son pilares simbólicos y terapéuticos. Es una medicina que, lejos de ser estática, demuestra una capacidad de adaptación y resistencia cultural, articulando de manera crítica con la biomedicina cuando es necesario, pero siempre defendiendo su legitimidad y eficacia.

Su futuro depende de un reconocimiento estructural: "Que el Estado traiga una buena disposición... Que no se dejen ver solamente por las farmacéuticas" (J. Farfán, comunicación personal, 17 de octubre de 2025). Por lo tanto, la medicina propia es mucho más que un conjunto de prácticas curativas; es un pilar de la identidad y la autonomía del pueblo Pijao, un acto político de soberanía sobre el cuerpo y el territorio, y un camino para mantener la armonía en un mundo en desequilibrio. Su fortalecimiento exige, en última instancia, un diálogo intercultural genuino que la valore como un sistema de conocimiento válido y necesario para la salud integral.

2.5. Pueblo Misak- Misak

2.5.1. Sistema de Pensamiento Propio

Desde la cosmovisión Misak- Misak, nosotros somos un tejido que integra el agua, el sueño y la palabra. En este marco, el pueblo Misak reconoce que estos elementos constituyen características esenciales que sostienen y entrelazan nuestros principios fundamentales que deben obedecerse y practicarse. Dichos principios son la memoria viva de los ancestros y orientan el modo de vida Misak; por ello, deben mantenerse presentes en todo tiempo y espacio, de acuerdo con las prácticas identitarias. Una de estas prácticas es el compartir en las mingas de pensamiento (alik) y en las mingas comunitarias realizadas en familia, espacios que fortalecen la unidad y la continuidad cultural.

En este sentido, uno de los principios centrales es la ley natural, también llamada ley de origen, que "nos une a los Misak y a todos los seres vivos de la tierra" (Cabildo de Guambia, 2008, p. 23). Esta ley permite la conexión espiritual con la Madre Tierra y, al mismo tiempo, orienta el cumplimiento de normas que garantizan la armonía y la buena salud dentro y fuera del territorio. Por consiguiente, cuando existe alguna ruptura o desviación frente a este mandato, se generan desarmonías que pueden manifestarse como enfermedad en el cuerpo humano. En tales casos, interviene la medicina propia, cuyo propósito es restaurar el equilibrio y curar en Nupirau, "la casa grande o territorio donde surgimos y vivimos los Misak" (Cabildo de Guambia, 2008, p. 23). De ahí la importancia de cuidar el territorio, pues es la base misma de la vida Misak-Misak.

Asimismo, los mayores enseñan otros principios esenciales. Uno de ellos es "el nachak o fogón, que nos une y nos da la vida como comunidad organizada" (Cabildo de Guambia, 2008, p. 23). El fogón es el espacio donde se inicia la educación propia: allí se dialogan las prácticas identitarias y se toman decisiones políticas que fortalecen el ser Misak-Misak. De igual manera, se reconoce el principio del NØ y el ÑI, "él y ella, como base de toda unión

creadora, de la familia y base de la sociedad Misak” (Cabildo de Guambia, 2008, p. 24). Este principio orienta la conformación del vínculo familiar desde una decisión libre entre un hombre y una mujer, asegurando la continuidad de la comunidad.

Otro principio fundamental es “el *ellmarøp*, o el acto de cultivar, entendido como una norma invariable para la subsistencia Misak” (Cabildo de Guambia, 2008, p. 24). Cultivar implica practicar la autonomía alimentaria y preservar las semillas nativas, elementos claves para la pervivencia del pueblo. Finalmente, se encuentra el principio de “Lata-Lata, que consiste en recibir y compartir siempre en igualdad. En el trabajo, en las mingas, en todas las relaciones sociales” (Cabildo de Guambia, 2008, p. 25). Este principio debe aplicarse en todas las relaciones y conexiones con la naturaleza, pues garantiza vivir en armonía y equilibrio conforme a las normas de la cosmovisión Misak–Misak.

2.5.2. Territorio

De acuerdo con el Cabildo de Guambia (2008), para el pueblo Misak el territorio constituye la “casa grande”, es decir, el lugar donde transcurre la existencia y donde se mantiene la armonía y el equilibrio con la naturaleza, los espíritus ancestrales y los elementos del entorno, como el agua, el viento, la lluvia, las plantas, las lagunas, los ríos y los páramos. Asimismo, el territorio es comprendido como un espacio vivo en el que las crecientes portan la fuerza de los caciques que renacen cada cien años, articulando así la relación entre los ancestros, los ciclos naturales y la continuidad del pueblo Misak.

De igual forma, Calambas (2019) afirma que “todo el territorio de Guambia es un territorio rico en hervitorios medicinales donde se puede hacer refrescamientos, armónicos y curaciones en ciertos lugares sagrados del territorio, como cascadas, nieblas, humedales, clima, etc.” (p. 13). Esta perspectiva evidencia que la medicina propia no se limita al uso de plantas, sino que se fundamenta en una profunda relación espiritual con los lugares sagrados y con los seres que habitan el territorio.

Por otra parte, el pueblo Misak se encuentra distribuido en siete departamentos del país. En particular, en la ciudad de Bogotá —específicamente en la localidad de Fontibón— reside un número significativo de familias Misak-Misak que han migrado con el propósito de buscar oportunidades de estudio y trabajo para fortalecer sus proyectos comunitarios y familiares. En este contexto de movilidad, el territorio adquiere una dimensión simbólica más amplia, orientada hacia la comprensión del cuerpo como primer territorio, tal como se expresa en la siguiente narrativa:

El territorio no se limita únicamente a la tierra o al espacio físico que habitamos, sino que también incluye nuestro propio cuerpo. Este es nuestro primer territorio: el lugar donde se expresa nuestra vida y equilibrio (A. Cuchillo, comunicación personal, 7-10-2025)

A partir de esta reflexión, se enfatiza que el bienestar individual está profundamente conectado con el territorio físico: si el cuerpo–territorio se encuentra en equilibrio, también lo está el entorno, y viceversa. Por ello, cuidar el cuerpo implica cuidar el territorio mayor, reafirmando la unidad entre persona, comunidad y naturaleza. En esa misma línea, otras narrativas Misak-Misak cuestionan las dinámicas urbanas que dificultan la continuidad de las prácticas culturales. Esto se manifiesta en afirmaciones como:

En la ciudad, especialmente en Bogotá, es difícil sembrar porque no tenemos tierra; si la tuviéramos, estaríamos cultivando nuestra medicina y nuestra alimentación. Visibilizar nuestros procesos de vida ante la sociedad mayoritaria es esencial para que nos reconozcan y nos dejen vivir según nuestra cultura (M. Tumiña, comunicación personal, 7-10-2025)

La imposibilidad de sembrar en la ciudad interrumpe la relación fundamental con la tierra, que para los Misak-Misak es fuente de medicina, alimento y equilibrio espiritual. En consecuencia, la ausencia de territorio limita la autonomía alimentaria y la continuidad de la medicina propia, afectando la armonía que sostiene la vida Misak-Misak. Por ello, la visibilización de los procesos culturales se vuelve esencial para el reconocimiento y el respeto por parte de la sociedad mayoritaria.

Asimismo, los cambios en los tiempos de trabajo, los ritmos urbanos y las formas de alimentación generan tensiones adicionales, como se evidencia en la siguiente expresión:

Cuando las personas llegan del territorio a la ciudad, se enfrentan a condiciones muy diferentes: los tiempos, los horarios y las obligaciones laborales dificultan la participación en los procesos comunitarios. Los productos del territorio me hacen sentir bien, me alimentan de verdad... hasta en la comida se siente la diferencia (A. Cuchillo, comunicación personal, 7-10-2025)

Estos testimonios muestran que la vida urbana rompe con el ritmo propio del territorio. Los tiempos acelerados y la falta de espacios comunitarios obstaculizan la práctica colectiva que sostiene la identidad Misak-Misak. Además, la alimentación urbana carece de la fuerza espiritual que proveen los productos del territorio, lo cual afecta el bienestar integral, corporal, espiritual y comunitario de quienes migran.

De manera complementaria, se destaca la importancia del territorio como base de la salud, la educación propia y la espiritualidad. Así lo expresa Miguel Tumiña:

Si acá tuviéramos un pedazo de tierra... siento que los pensamientos y nosotros mismos podríamos mejorar, sin olvidar la forma del trabajo en la tierra, y todo nace desde la tierra: la salud, la educación propia. Y sin tierra no tenemos nada... (M, Tumiña. Comunicación personal, 19-10-2025)

Desde esta perspectiva, el acceso a un espacio territorial en la ciudad se concibe como una posibilidad para reorientar el pensamiento, fortalecer la comunidad y garantizar el bienestar integral. Sin embargo, el líder Misak también señala la falta de conocimiento por parte de las instituciones estatales respecto a los saberes, la jurisdicción especial y las políticas públicas indígenas, lo cual afecta la garantía efectiva de derechos.

Finalmente, pese a las dificultades derivadas del desarraigo territorial y de la vida urbana, la comunidad Misak-Misak continúa reafirmando su identidad. Como señala Miguel Tumiña, “en Bogotá seguimos protegiendo nuestros usos y costumbres” (M, Tumiña, comunicación personal, 7-10-2025).

2.5.3. Cuerpo humano

Para el pueblo Misak-Misak, el cuerpo es un territorio vivo donde se entrelazan la memoria, la espiritualidad, las energías y el vínculo profundo con la Madre Tierra. Desde los círculos de la palabra, las mayores y los mayores comparten que, como hijos del agua, cada persona nace conectada al territorio, a sus fuerzas y a su historia; por ello, la vida se comprende

como un proceso de guardianes y cuidado permanente. Esta idea también se recoge en Calambas (2019), quien señala que “como Misak y como hijos del agua, entendemos que somos parte de la Madre Tierra, por tanto, es nuestro deber guardianar la vida” (pp. 31–32).

La palabra de los sabedores reafirma que el cuerpo no es sólo materia: es energía, espíritu y pensamiento en relación con el entorno. Miguel Tumiña afirma que “se asume que la pérdida del equilibrio espiritual afecta el cuerpo como parte del todo Misak” (comunicación personal, 7 de octubre de 2025). De manera similar, uno de los cabildos indígenas afirma que:

Los Misak se relacionan con los diferentes elementos de la naturaleza como alimentos del cuerpo que se encuentran en los productos agrícolas, en los animales, en el agua, en las plantas, en los sitios sagrados, en el clima, en el aire y en los astros. El respeto a las normas y los requerimientos de la naturaleza son el principio fundamental para mantener el equilibrio y la armonía del cuerpo humano (Cabildo de Guambia, 2008, p. 120).

Los mayores enseñan que cada etapa del ciclo vital exige que el cuerpo y el espíritu se mantengan en correspondencia, siguiendo la Ley de Origen. Así, el cuerpo se convierte en memoria viva, registro del tránsito por la niñez, la juventud, la madurez y la vejez, momentos donde se fortalecen el pensamiento, las responsabilidades y el vínculo con el territorio. El Cabildo de Guambia (2008) lo resume al afirmar que “cada etapa del proyecto de vida Misak exige que la persona armonice su cuerpo y su espíritu conforme a la Ley de Origen” (p. 34). Esta relación también se refleja en las palabras de Adriana Cuchillo, quien indica que “el cuerpo, como primer territorio, requiere confianza, respeto y sabiduría en su cuidado” (comunicación personal, 7 de octubre de 2025).

Cuando hay desarmonía, esta no se manifiesta únicamente en el cuerpo físico. Para los sabedores, “no solo es la presencia del dolor en el cuerpo de alguien, sino que se manifiesta como un estado de desorden y desequilibrio de las fuerzas energéticas de todos los entes del Nupirau” (Yalanda, 2016, p. 43). Esto coincide con lo expresado por Morelia Arias, quien recuerda que “el médico que acompaña al pueblo debe tener coherencia, un estilo de vida armónico; debe estar consigo mismo para jalonar espiritualmente al pueblo” (comunicación personal, 19 de octubre de 2025), subrayando que la salud del cuerpo implica también la coherencia del espíritu.

En el pensamiento Misak-Misak, el cuerpo refleja el estado del pensamiento y del espíritu. Nancy Montano explica que

es necesario pensar desde mi cuerpo y nosotros somos como un espejo: cómo está mi pensamiento, así se encuentra nuestro espíritu, es decir, que la mente y el espíritu deben estar en equilibrio para que en nuestro cuerpo se vea reflejada esa armonía, y para armonizarla debemos equilibrarnos con la práctica que nos han enseñado nuestros mayores (comunicación personal, 19 de octubre de 2025).

Sin embargo, Montano reconoce que “en la ciudad este equilibrio es complejo de mantener debido a las dinámicas del espacio, como el afán del trabajo, el estudio, la preocupación de los padres por los hijos y la búsqueda constante de dinero” (N. Montano, comunicación personal, 19-10-2025). Esto hace que “el desequilibrio se evidencie mucho en estos espacios” (N. Montano, comunicación personal, 19-10-2025) y que se olvide el cuidado de la salud y del cuerpo. Cuando no hay claridad en la vida y se entristece el espíritu, “el cuerpo se manifiesta: cuando alguien no tiene el equilibrio del alma, cuerpo y espíritu, todo se refleja

en el cuerpo, incluyendo cómo se trata a la comunidad y cómo estoy yo con la comunidad” (N. Montano, comunicación personal, 19-10-2025).

La comprensión de la salud propia refleja esta visión integral del cuerpo. Cristian Yalanda afirma que “salud propia para mí es diversidad... es el bienestar de mi cuerpo, salud parte de nuestro legado ancestral que es desde siempre y para siempre vivir en armonía” (comunicación personal, 19 de octubre de 2025). Además, señala que “el bienestar emocional influye directamente en el cuerpo, pues cuando alguien es estigmatizado o humillado se daña la parte emocional... y para conectar con el corazón debe haber unión entre razón, espíritu y palabra” (comunicación personal, 19 de octubre de 2025).

En lo emocional, “cuando se estigmatiza con la mirada a una persona, esta se va a sentir humillada, lo que daña la parte emocional consigo mismo y con la Madre Naturaleza. En el pensamiento debemos tener en cuenta cómo soy yo para pensar hacia los demás, porque no podemos hablar sólo desde la razón; para conectar con el corazón deben estar unidos razón y corazón, y no hablar por hablar. Debemos ser muy razonables para hablar con el corazón y que la palabra fluya” (C. Yalanda, comunicación personal, 19 de octubre de 2025).

2.5.4. Salud

Para el pueblo Misak, “la salud, o asr kuantrθkai” (Cabildo de Guambia, 2008, p.2.14), no se entiende solo como la ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio integral que abarca el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la comunidad y el territorio. Desde esta perspectiva, “la salud es la tierra, la educación, la alimentación, la naturaleza y el pensamiento Misak. Es el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu y el territorio”, y no se compra, sino que “se cultiva desde el respeto, la reciprocidad y el buen pensamiento” (M, Apellido, 2025). Los sabedores explican que “la salud comienza con el autoconocimiento: saber quiénes somos, de dónde venimos y hacia dónde vamos. Solo así podremos sanar el cuerpo, el pensamiento y el territorio” (M, Tumiña, Comunicación personal, 07-10-2025), y este aprendizaje se conecta con la relación profunda con la naturaleza: “Los Misak se relacionan con los diferentes elementos de la naturaleza... El respeto a las normas y los requerimientos de la naturaleza (...) mantiene el equilibrio y la armonía del cuerpo humano” (Cabildo de Guambia, 2008, p.2.14), como lo recuerdan los mayores: “los Misak vivimos en armonía con la naturaleza, dondequiera que estemos... Nuestros abuelos decían que la vida debe ser hasta siempre y para siempre” (M, Tumiña, Comunicación personal, 07-10-2025).

La salud Misak no se limita a remedios puntuales: “...la salud no solo es tomar algo para curar algún dolor o herida...” (M, Tumiña, Comunicación personal, 19-10-2025). Como explica Adriana Cuchillo, “la salud es un estado de equilibrio que abarca muchos aspectos de la vida. Es ese equilibrio que tenemos con nosotros mismos, con los demás y con todo lo que nos rodea” (A, Cuchillo, Comunicación personal, 7-10-2025), y se fortalece colectivamente: “He comprendido que el cuidado de la salud no solo se limita a lo individual, sino que se fortalece a través del encuentro con quienes tienen sabiduría, con quienes nos orientan desde el conocimiento ancestral” (A, Cuchillo, Comunicación personal, 7-10-2025).

Además, “el hecho de participar en espacios colectivos y de contar con autoridades propias también influye en la manera en que entendemos y vivimos la salud, no solo individualmente, sino también en relación con los otros” (A, Cuchillo, Comunicación personal,

7-10-2025). Cada familia y cada persona tiene sus propias formas de cuidar la salud, recordando que “las plantas poseen un poder curativo natural que nos ha acompañado desde tiempos ancestrales” (A, Cuchillo, Comunicación personal, 7-10-2025), y como lo complementa Yalanda, “la salud integral de todos los seres humanos en la tierra... también, es la salud integral de la totalidad de los diversos seres existentes en todas las dimensiones del macrocosmos” (Yalanda, 2016, p.40). La relación con el territorio es igualmente central. Calambás explica que

la comunidad desde nuestros ancestros, hemos velado por la salud territorial como de las personas. En este sentido, los Shures conocedores de la medicina ancestral, han curado las enfermedades del territorio y de las personas, como deber natural de salud territorial y colectiva (Calambas, 2019, p.38).

Además, “como Misak y como hijos del agua, entendemos que somos parte de la madre tierra, por tanto, es nuestro deber guardianar la vida, en todas sus formas” (Calambás, 2019, p.31-32). La medicina ancestral se practica respetando los elementos naturales: “cuando se practica la medicina ancestral, se utiliza el agua como elemento conector y sanador que direcciona las vibraciones... Los médicos ancestrales... piden permiso a ‘las aguas’, como elemento central para armonizar a las personas o el territorio” (Calambás, 2019, p.93). Incluso los espacios naturales específicos cumplen un rol curativo y armónico: “las lagunas... son sitios de donde se armoniza todo el territorio, para que fluya el PishintØ Waramik (Vivir bien)” (Calambás, 2019, p.84). Miguel Tumiña añade que “para los mestizos, el territorio está contaminado y por eso se enferman; para los Misak, la salud se percibe, se siente y se vive en conexión con la naturaleza” (M, Tumiña, Comunicación personal, 7-10-2025), mostrando cómo lo individual y lo colectivo, lo físico y lo espiritual, se entrelazan permanentemente.

El equilibrio también se manifiesta en los vínculos familiares y comunitarios. Como señala Morelia Arias, “la importancia de la armonía en la pareja, de que la familia esté bien, eso es lo que es la salud” (M, Arias, Comunicación personal, 19-10-2025), y Morales añade que “para mí la salud es estar bien con la familia, con la tierra y la naturaleza; asimismo se conecta con lo espiritual y es necesario cuidar el agua, los cultivos, armonizar con las plantas y todo lo que nos rodea y conectarnos con el padre creador” (E, Morales, Comunicación personal, 19-10-2025). Otras fuentes secundarias refuerzan este enfoque integral: La salud está ahí en las plantas, los árboles, las montañas, la ‘misma’ madre tierra guarda espíritus que pueden ser benéficos o no... La salud es considerada como el equilibrio entre el ser uno, la madre tierra y la comunidad (Molano-Tobar y Molano-Tobar, 2018, p.20-24).

Vivir en Bogotá ha exigido adaptaciones, al respecto, Miguel Tumiña señala que “la salud se ha convertido en un negocio: llegan programas llenos de papeles, pero no curan ni previenen enfermedades” y que “con la llegada del dinero, cambió el pensamiento Misak y con él nuestra salud” (M, Tumiña, Comunicación personal, 7-10-2025). Sin embargo, las prácticas tradicionales se mantienen y se adaptan: “Fortalecer la salud de acuerdo con la costumbre propia, las prácticas médicas deberán basarse en la absoluta idoneidad y en los principios de corresponsabilidad entre las medicinas tradicional y occidental” (Cabildo de Guambia, 2008, p.74). Incluso los elementos concretos de la naturaleza y la alimentación juegan un rol central: “Las cuatro plantas que conservan nuestra salud... el kasrak (alegría), el pishi kalú (tranquilidad y equilibrio), wuañitsi (rendidora, equilibrio y reciprocidad) y el kashpura (maíz, alimento principal)” (Cabildo de Guambia, 2008, p.32).

El cuidado de la mujer es otro pilar esencial, como explica Morelia Arias, “es importante el cuidado de la mujer para poder tener el cuidado de la salud, porque a la mujer hay que tratarse de una manera especial” (M, Arias, Comunicación personal, 19-10-2025), y este cuidado se reconoce como inseparable del bienestar comunitario y territorial.

2.5.5. *Enfermedad*

Para el pueblo Misak, lo que en la mirada occidental se denomina “enfermedad” se comprende como desarmonía, desequilibrio o ruptura del orden de la vida, que afecta el cuerpo, la mente, el espíritu y la vida comunitaria (Molano & Molano, 2018, p. 18; Morales et al., 2024, p.12). Las voces de las mayores, mayores y comuneros señalan que estas desarmonías no surgen únicamente por factores físicos, sino también por desequilibrios emocionales, espirituales y sociales que se generan en la interacción con el territorio, la familia y la comunidad (M. Tumiña, comunicación personal, 7-10-2025).

Según los mayores, en la ciudad las desarmonías se evidencian en el debilitamiento físico y espiritual: “El desarrollo urbano no está enfocado en la salud del ser, sino en el beneficio de las empresas. Por eso, muchos han perdido el conocimiento, la armonía y la vida digna; el pueblo Misak se va debilitando física y espiritualmente” (M. Tumiña, comunicación personal, 7-10-2025). Este debilitamiento se relaciona con la pérdida de armonía familiar, la presión económica, la falta de conexión con la tierra y la introducción de alimentos industrializados y productos químicos, que afectan la salud física y cultural (A. Tombé, comunicación personal, 19-10-2025; Cabildo de Guambia, 2008, p. 73).

La enfermedad, en perspectiva Misak, también tiene un componente moral y espiritual. La codicia, la envidia o la ruptura de los lazos familiares y comunitarios pueden enfermar el espíritu y manifestarse en el cuerpo: “La enfermedad nace del desequilibrio. Cuando perseguimos la plata, cuando hay egoísmo, avaricia o envidia, el espíritu se enferma” (M. Tumiña, 2025). Esta visión coincide con Morales et al. (2024, p.12), quienes señalan que las conductas inadecuadas alteran la armonía comunitaria y generan desarmonía. Además, el mal uso del dinero o la prioridad del beneficio individual sobre el equilibrio del Nupirau se considera una causa de enfermedad integral (Yalanda, 2016, p.48).

En contextos urbanos, los Misak han identificado nuevas manifestaciones de enfermedad, relacionadas con la ansiedad, el estrés, la desesperación y la falta de oportunidades, que afectan la salud emocional y psicológica:

En la parte emocional, psicológica (...) las enfermedades han sido a nivel emocional, y dentro de ellas está la desesperación, la ansiedad (...) cuando tenemos que pagar arriendo, mercado, transporte... entramos en desesperación, y de eso inician los dolores de cabeza, el estrés” (M. Flor, comunicación personal, 19-10-2025).

Estas experiencias reflejan que la enfermedad también se reconoce en la preocupación, los pensamientos negativos y la estigmatización social (M. Tumiña, comunicación personal, 19-10-2025). El pueblo Misak interpreta que la desarmonía puede estar vinculada con el territorio y los elementos naturales. La contaminación de aguas, tierras y alimentos, así como la deforestación y el uso de químicos, alteran la salud integral: “Las fuentes hídricas están afectando la salud... por deforestación... uso de químicos... extracción... llevando a una destrucción y disminución del agua” (Calambas, 2019, p.38). En el territorio ancestral, los

médicos tradicionales intervienen para armonizar el flujo de las aguas y restablecer el equilibrio con la naturaleza (Calambas, 2019, p.93; Cabildo de Guambia, 2008, p.2.14).

El contexto urbano, al contrario, limita estas prácticas y profundiza los efectos de la desarmonía. La falta de tierra para cultivar alimentos propios y saludables, junto con la exposición a alimentos procesados y químicos, ha traído enfermedades como hipertensión, cáncer, problemas respiratorios y alteraciones metabólicas (A. Tombé, comunicación personal, 19-10-2025; N. Montano, comunicación personal, 19-10-2025). La conexión con la alimentación ancestral y la tierra se entiende como un medio para prevenir la enfermedad, cultivando no sólo el cuerpo, sino también el conocimiento y la vida cultural (Yalanda, 2016, p.61).

Asimismo, el pueblo reconoce que la enfermedad integral también se manifiesta en la ruptura de los lazos comunitarios: “...cuando ni siquiera nosotros logramos darnos la mano entre comuneros, ese es concepción de enfermedad” (M. Tumiña, comunicación personal, 19-10-2025). La integración social, la transmisión del conocimiento ancestral y la convivencia respetuosa son condiciones fundamentales para mantener la salud física, emocional y espiritual (Yalanda, 2016, p.45).

En la ciudad, estas rupturas se hacen más visibles: la presión económica, la falta de oportunidades y la exposición a alimentos y productos químicos alteran la vida y el bienestar de la comunidad. Sin embargo, cada desarmonía también es un llamado a reconectar con la vida, a cuidar los lazos familiares, a respetar el territorio y a aprender de los mayores.

2.5.6. Medicina propia

Para el pueblo Misak-Misak, la medicina propia constituye un conocimiento ancestral que articula la relación entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio. Este saber se ha sostenido a lo largo de los siglos a través de la transmisión oral, la práctica constante y la formación de sabedores especializados, como nutautas, pishimarøpik o mømamarøpik, parteras y armonizadores (Yalanada, 2016, p. 60; Calambas, 2019, p. 43). Las mayores, los mayores y otros sabedores destacan que “debemos revitalizar nuestras prácticas, usar las plantas, la espiritualidad y la confianza en la Madre Tierra” (M, Tumiña. Comunicación personal, 07-10-2025), mostrando cómo el cuidado de la salud se entrelaza con la protección del territorio y la vida colectiva.

La medicina propia se expresa mediante prácticas concretas de armonización, protección y sanación, donde el uso de plantas medicinales constituye un elemento central (Morales et al., 2024, p.12). Estas prácticas incluyen limpiezas, rituales, acompañamientos espirituales y la palabra de consejo, siempre orientadas a mantener la armonía del cuerpo, la mente y el espíritu (Calambas, 2019, p.93; Yalanda, 2016, p.121). En palabras de los mayores, “es importante valorar lo propio y contarles a otros que nuestra medicina ancestral ha permitido que vivamos por siglos” (M, Tumiñas, Comunicación personal. 7-10-2025), reflejando la dimensión espiritual y comunitaria de estos saberes.

El autocuidado es entendido como un proceso cotidiano que combina regulación emocional, alimentación, respeto por los ciclos naturales y manejo de la palabra. Desde la infancia, se promueve la transmisión de estos saberes: “Transmitir ese conocimiento a las nuevas generaciones depende mucho de quiénes rodean a los niños y de cómo se crían... A mi hijo, por ejemplo, le contaría cómo crecí, qué me enseñaron mis mayores, cuáles son nuestras

costumbres y creencias” (A, Cuchillo, Comunicación personal. 7-10-2025). Esta transmisión es clave para la pervivencia de la medicina ancestral, incluso en contextos urbanos como Bogotá, donde las prácticas enfrentan limitaciones debido a la disponibilidad de plantas, la ausencia de espacios rituales y la predominancia de la educación occidental (A, Tombé, comunicación personal. 19-10-2025; A, Tunubala, comunicación personal 19-10-2025).

El uso de plantas medicinales se fundamenta no solo en sus propiedades curativas sino también en su significado espiritual y territorial. Estas se emplean en armonizaciones y ofrendas a la naturaleza, y su manejo requiere conocimiento especializado: “El mörøpik es el que diagnostica, es él que sabe sentir y ver lo que afecta al cuerpo humano y al musik o espíritu. El pishimarøpik o mōmarøpik maneja plantas medicinales y con ellas formula al paciente... y con otras plantas sagradas brinda el refrescamiento a la naturaleza y ofrenda al dios pishimisak” (Yalanda, 2016, p.121). Sin embargo, la medicina propia también reconoce sus límites y la necesidad de complementar con la medicina occidental en ciertos casos: “yo creo que nuestra medicina tradicional tiene unos límites... allí es donde interviene la occidental” (D, Velasco, Comunicación personal, 19-10-2025).

Los sabedores desempeñan un rol central en el cuidado de la salud colectiva, actuando como mediadores entre la persona, la comunidad y el territorio. Además, se observa un esfuerzo por formar nuevas generaciones de sabedores, aunque las dinámicas urbanas presentan desafíos para mantener estos procesos (Cabildo de Guambia, 2008, p.143). La articulación con la medicina occidental, aunque incipiente, ha generado un diálogo que permite complementar y reforzar la salud integral, sin sustituir la práctica ancestral (A, Cuchillo, 7-10-2025; D, Velasco, 19-10-2025).

A partir de lo anterior, y desde la cosmovisión Misak-Misak, la medicina propia no es solo un conjunto de técnicas curativas, sino una expresión integral de la vida en armonía con la Madre Tierra, la comunidad y la espiritualidad. Cada acto de sanación refleja un equilibrio entre las fuerzas del cuerpo, la mente, el espíritu y el territorio. La transmisión intergeneracional de estos saberes demuestra que la salud es una responsabilidad colectiva, donde los niños aprenden desde el hogar y la práctica cotidiana cómo mantener la vida en equilibrio.

El pensamiento Misak-Misak también revela una mirada crítica frente a la modernidad: aunque se reconoce la utilidad de la medicina occidental, se evidencia que su enfoque individual y fragmentado no logra comprender la profundidad de la salud desde la perspectiva indígena.

2.6. Pueblo Inga

2.6.1. Sistema de pensamiento propio

Desde la visión como Pueblo Inga, orientamos nuestra vida a partir de tres (3) principios fundamentales: *Mana Killai* (no ser perezosos), *Mana Sisai* (no robar) y *Mana llullai* (no mentir). Cuando vivimos de acuerdo con estos principios, logramos mantener la armonía y el equilibrio que nos permiten vivir bien, en paz con nosotros mismos, con la comunidad y con la naturaleza.

El pensamiento como Pueblo Inga se orienta por el *Suma Iuiay* (buen pensar), *Suma Kawsai* (buen vivir), principios que se integran en el *Kawsankamalla* (mientras vivamos), donde se reúne toda la vivencia corporal y espiritual. Estos principios guían el comportamiento

y la manera de estar en el mundo. Para el Inga, el ser humano no existe de manera aislada, sino en relación con otros seres y con la vida espiritual. Se sostienen a través de vínculos significativos: la palabra del mayor, el consejo, el padrinzago, el compadrazgo y el Atun Puncha (día grande), que actúa como un mecanismo de reconciliación y restauración de la armonía.

El territorio ancestral se comprende como un espacio espiritual donde estos principios y pensamientos tienen sentido pleno. Allí se ordena el pensamiento, se fortalece el espíritu y se sostienen las prácticas de cuidado integral. En Bogotá, estos principios y pensamientos permanecen como referentes, pero se ven tensionados por el tiempo acelerado, las presiones económicas y la dispersión del tejido comunitario. Esto transforma cómo la comunidad ejerce la palabra, el consejo, los vínculos cercanos y las prácticas espirituales que sostienen la vida (M. Timarán Tisoy, comunicación personal, 25 de octubre de 2025).

2.6.2. Territorio

Para el Pueblo Inga, el territorio es entendido como Mama Alpa (Madre Tierra), fuente de vida, identidad y pervivencia cultural. El territorio no se concibe únicamente como un espacio geográfico o de residencia, sino como un ser vivo y espiritual con el cual las personas mantienen un vínculo sagrado. Este vínculo constituye la base del equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu, y es fundamental para el bienestar integral individual y colectivo.

Desde la cosmovisión Inga, la Mama Alpa es medicina. En él habitan los espíritus, se cultivan las plantas curativas y se renueva la energía vital que sostiene la vida. Por esta razón, el deterioro ambiental, la pérdida de la relación con la naturaleza o la ruptura del vínculo espiritual con Mama Alpa son interpretados como enfermedades del territorio que terminan afectando también a las personas. Cuando se rompe la armonía entre los seres humanos y su entorno, emergen desequilibrios que se manifiestan en el cuerpo, el pensamiento y el espíritu.

Miembros de la comunidad señalan que, frente a ciertas situaciones especialmente de orden espiritual o emocional, es necesario retornar temporalmente al territorio ancestral, donde los taitas y sinchis pueden realizar rituales, armonizaciones y tratamientos adecuados que permitan restablecer el equilibrio perdido (M. Tiraman Tisoy, comunicación personal, 2025). En este sentido, la Mama Alpa es reconocida como un espacio de sanación.

El territorio no es únicamente físico, sino también simbólico y espiritual, y por ello viaja con las personas. Aún en el contexto urbano, el Pueblo Inga mantiene la conexión con Mama Alpa, a través de la palabra, la medicina tradicional, los rezos y las prácticas espirituales. Las plantas, las ceremonias y la espiritualidad permiten trasladar la fuerza de la Mama Alpa al espacio urbano, sosteniendo la identidad y el equilibrio comunitario.

No obstante, los procesos de migración y desarraigo han generado afectaciones en la transmisión de la memoria territorial, especialmente entre las generaciones más jóvenes. Algunos comuneros expresan preocupación por la pérdida del arraigo cultural, la historia y el reconocimiento del origen territorial, señalando que, aunque se viva en la ciudad, la identidad Inga no se desprende del territorio ancestral, donde vivieron los mayores y de donde provienen los usos, costumbres y saberes (L. Agreda Chasoy, comunicación personal, 2025). Factores como la distancia, los costos de desplazamiento y las condiciones económicas han limitado el retorno al territorio, profundizando estos procesos de desconexión.

Para el pensamiento Inga, el territorio, el cuerpo y el espíritu conforman una unidad inseparable. El bienestar no depende únicamente del lugar de origen, sino también del territorio que se habita en el presente, el cual debe cuidarse y armonizarse para mantener el equilibrio. De esta manera, el territorio no se define solo por el lugar de procedencia, sino también por el espacio donde se vive, se trabaja y se construye la vida cotidiana, siempre que exista una relación respetuosa y consciente con la Madre Tierra (L. Agreda Chasoy, comunicación personal, 2025).

Asimismo, la comunidad reconoce que muchas prácticas espirituales orientadas al cuidado del territorio han sido estigmatizadas y mal interpretadas. Sin embargo, para el Pueblo Inga, las armonizaciones, los rituales y las ofrendas constituyen formas de agradecimiento y de cuidado de la tierra, entendida como el soporte de la salud, la familia y el equilibrio espiritual (M. Tiraman Tisoy, comunicación personal, 2025).

En esta línea, para el Pueblo Inga el territorio es vida, medicina y espiritualidad. Es el espacio donde se aprende la lengua, la cultura, la medicina y la forma de relacionarse con el mundo visible e invisible. Aunque el desarraigo y la vida urbana generan tensiones y desequilibrios, la comunidad ha desarrollado estrategias colectivas, organizativas y espirituales que permiten mantener viva la relación con el territorio ancestral.

2.6.3. Cuerpo humano

Para el Pueblo Inga, el cuerpo humano se concibe como parte inseparable de un equilibrio integral que incluye la mente y el espíritu, no hace referencia únicamente a lo físico y material. Asimismo, el cuerpo es entendido como un “templo” que refleja la armonía interna y la vida en comunidad; cuidarlo implica respeto por sí mismo y por los otros, garantizando que la memoria de la persona, sus acciones y su legado perduren más allá de la muerte física (M. Tandioy, comunicación personal, 2025).

Aunque el cuerpo se deteriora naturalmente con el tiempo, su preservación mediante una alimentación adecuada, consumo de alimentos propios, la práctica física, toma de medicina propia, toma de ambi uaska, cuidado personal, uso de elementos de protección, limpiezas, el uso del atuendo propio y seguir la observancia de las recomendaciones de los sichi taitas, mamas, maki kakudur y iachas permiten mantener la energía vital y fortalecer la conexión con el espíritu. Se reconoce, además, que el cuerpo enferma cuando el espíritu se debilita y cuando la mente se llena de preocupaciones y pensamientos que rompen la paz interior.

Asimismo, el cuerpo es comprendido como un canal energético que posibilita la comunicación entre el plano físico y el espiritual. En él se materializan tanto las cargas emocionales como las vibraciones positivas, razón por la cual se enfatiza la importancia del pensamiento armónico, del Suma Iuia “pensar bonito”, y de las acciones guiadas por la bondad. La enfermedad, desde esta mirada, emerge cuando se interrumpe el equilibrio interior o cuando se debilita la conexión con los ancestros y con el entorno natural. Por ello, el cuerpo adquiere un sentido colectivo, ya que refleja no solo el estado individual, sino también el orden espiritual y comunitario del que se hace parte.

En este marco, para el Pueblo Inga el cuerpo humano no puede comprenderse al margen de las dimensiones espiritual, emocional y comunitaria. Se trata de un cuerpo sensible, pensante y transformador, que mantiene una relación constante con los ciclos de la Mama Alpa

y con las fuerzas invisibles que sustentan la vida. Su cuidado se orienta y se fortalece mediante las prácticas propias y los saberes de la medicina tradicional.

2.6.4. Salud

Para el Pueblo Inga la salud es tener tranquilidad del espíritu y del pensamiento, la capacidad de dialogar y convivir en paz con la familia, mantener relaciones armónicas con la pareja, los hijos y la comunidad, y en contar con medios materiales básicos para vivir dignamente, como el trabajo, educación y la vivienda. Estar saludables implica vivir en equilibrio, compartir la palabra, resolver diferencias y sentirse acompañado dentro del tejido familiar y social.

Desde esta visión, la salud se refleja en la tranquilidad del espíritu y del pensamiento, en la capacidad de dialogar y convivir en paz con la familia, en mantener relaciones armónicas con la pareja, los hijos y la comunidad, y en contar con medios materiales básicos para vivir dignamente, como el trabajo y la vivienda. Estar saludables implica vivir en equilibrio, compartir la palabra, resolver diferencias y sentirse acompañado dentro del tejido familiar y social.

Miembros de la comunidad expresan que estar saludables implica no sólo bienestar físico, sino también equilibrio emocional y seguridad económica, aspectos que hoy se ven afectados por la vida urbana y sus desafíos (L. Agreda, comunicación personal, 2025). Además, la salud se refleja de manera visible; la armonía interior se percibe en la mirada, la piel, el rostro y la forma de hablar. Cuando el cuerpo y el espíritu se encuentran en equilibrio, irradian serenidad, fortaleza y bienestar, por lo que el cuidado constante del cuerpo, la mente y el espíritu resulta fundamental (R. Jacanamijoy, comunicación personal, 2025).

Las prácticas que fortalecen el bienestar incluyen la toma de ambiwaska, talleres de tejido propio, danza y canasta, así como la participación en asambleas y mingas (trabajo comunitario). El cuidado se realiza de manera colectiva, con la participación de autoridades, sabedores, parteras, sinchis, iachas, mamás y taitas, y muchas de estas prácticas también se fortalecen en cada hogar, sosteniendo la armonía y el equilibrio comunitario, incluso en el contexto urbano.

Los procesos de desplazamiento y migración hacia la ciudad han afectado la salud colectiva, debilitando prácticas tradicionales, la conexión con la naturaleza y las redes de apoyo familiar. La comunidad señala que la ausencia del territorio y de sus recursos naturales impacta directamente en el cuerpo y el espíritu, afectando la alimentación, el agua y el aire, lo que genera desequilibrio y pérdida de bienestar. Frente a estas situaciones, se recurre a prácticas tradicionales como el rezo, la purga y el soplado para mantener la salud y la energía (I. Jajoy, comunicación personal, 2025).

Para el Pueblo Inga, la salud no se concibe únicamente como una condición individual, sino como una construcción colectiva y espiritual basada en la armonía con la familia, la comunidad, el territorio y los saberes ancestrales. Cuidar la salud implica mantener el equilibrio entre el cuerpo, el pensamiento, y la naturaleza. La salud se construye a través de la palabra mayor, el consejo, el acompañamiento y la participación comunitaria, fortaleciendo los lazos de convivencia, el diálogo y la vida en comunidad, fundamentos del Buen Vivir.

2.6.5. Enfermedad

Para el Pueblo Inga, la enfermedad se comprende como un desequilibrio integral del ser humano que trasciende lo físico y abarca los planos espiritual, emocional, mental, familiar y comunitario (S. Jacanamijoy Jacanamijoy, comunicación personal, 2025). No se limita a la presencia de síntomas corporales, sino que se entiende como una ruptura de la armonía entre cuerpo y espíritu. En determinados casos, especialmente cuando se trata de afecciones de orden espiritual o emocional, se reconoce la importancia del retorno temporal al territorio ancestral como parte de los procesos de armonización y sanación.

La enfermedad puede manifestarse de diversas maneras y explicarse a partir de causas energéticas o espirituales, como el mal de ojo, la mala hora o el susto, fenómenos que alteran la energía vital y generan malestar. Asimismo, se reconoce la existencia de enfermedades nuevas, asociadas a los cambios sociales, ambientales y culturales, que no eran conocidas por los mayores. Desde esta perspectiva, se identifican también factores sociales y culturales que contribuyen al surgimiento de la enfermedad, como la pérdida de la tradición de ayuda mutua entre las familias, el debilitamiento de la identidad cultural, la disminución de la escucha y el diálogo en los hogares, y la pérdida de la oralidad como medio de transmisión de saberes y apoyo emocional. Además, la salud mental y las emociones han sido históricamente consideradas temas tabúes, lo que limita la expresión de los sentimientos y el acompañamiento comunitario.

Estas transformaciones se hacen especialmente visibles en el contexto urbano, donde se reconoce la aparición de nuevas enfermedades que antes no se conocían en el territorio ancestral. El cambio de entorno, la contaminación, el ruido constante, el encierro, el estrés y los hábitos de la vida moderna han generado dolencias distintas a las tradicionales. Enfermedades como la ansiedad, la depresión, la gastritis, las alergias, los problemas respiratorios y la presión alta son ahora comunes entre quienes viven en la ciudad, reflejando el desequilibrio entre el cuerpo y el espíritu que produce la desconexión con la naturaleza (L. Agreda, comunicación personal, 2025).

Desde esta comprensión, la enfermedad no se concibe únicamente como una afección individual, sino como un reflejo del desequilibrio colectivo que afecta el tejido familiar, social y espiritual. Su comprensión implica reconocer la importancia del acompañamiento de los mayores, el rescate de las prácticas ancestrales, la palabra sanadora y el fortalecimiento de los lazos comunitarios. Tal como se recoge en documentos colectivos del Pueblo Inga, donde se señala que:

“La enfermedad, estar enfermo es encontrarse en difíciles condiciones físicas que no permitan realizar las diferentes acciones del diario vivir puesto que el organismo no funciona normalmente. Por otra parte, es también entendida como aquellas que enferman el espíritu; como la atracción de malos espíritus, el egoísmo, las envidias y enfermedades como el mal viento y el mal de ojo, que tienen un origen espiritual y vienen de una mala intención, y que son curadas desde la medicina propia a través de los distintos sabedores de la medicina del Pueblo Inga.” (Cabildo Indígena Inga de Bogotá, 2019, p. 8)

2.6.6. Medicina Propia

Para el Pueblo Inga, la medicina ancestral es la base de la vida, la cultura y la identidad colectiva. No se limita al tratamiento de enfermedades, sino que se entiende como un sistema integral de cuidado que abarca el cuerpo, el pensamiento y el espíritu, sustentado en la fe, la palabra y la relación profunda con los elementos de la naturaleza. La medicina ancestral es, al mismo tiempo, preventiva y curativa, y se orienta a mantener la armonía entre el ser humano, la comunidad y el territorio.

Tal como lo expresan los sabedores, el Pueblo Inga se reconoce históricamente como un pueblo de tradición médica, en el que la práctica del yagé ocupa un lugar central en los procesos de sanación espiritual y comunitaria. No obstante, se reconoce que el hecho de ser familias de medicina no implica la ausencia de enfermedad, sino la necesidad constante de fortalecer los procesos de cuidado y armonización (V. Jacanamijoy Jajoy, comunicación personal, 2025).

Diversos documentos señalan que la medicina tradicional Inga proviene del conocimiento transmitido por abuelos y padres, y que los Sinchi Taita realizan rituales para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, armonizando el cuerpo y el espíritu mediante plantas, minerales y otros elementos naturales (Alcaldía de San Cristóbal, Bogotá, p. 51). Asimismo, dentro de la cosmovisión Inga, la medicina ancestral no se reduce al uso de plantas y remedios, sino que integra la espiritualidad y la enseñanza desde la infancia. En espacios comunitarios como la Casa de Pensamiento Indígena Uauitakunapa Uasi (CPI), se promueve que niñas y niños establezcan una relación respetuosa y consciente con los seres naturales la tierra, el agua, el aire y el sol, entendidos como entidades vivas que sostienen la salud y el equilibrio. De este modo, la medicina también se construye desde la palabra, el respeto y la conexión espiritual con el entorno.

Desde esta perspectiva, la medicina se practica mediante rezos, sahumerios, baños, purgas y el uso de plantas sagradas como el *chundur*, el *coquindo*, el *granicillo*, la *guayabilla*, la *shishaja* y el *yagé o ambiwaska*. Estos saberes se fortalecen en espacios tradicionales como la tulpá, donde se armoniza el cuerpo y el espíritu, y son transmitidos por los taitas, mamás, sinchis, iachas y sabedores ancestrales, quienes orientan los procesos de sanación y equilibrio. La medicina no sólo cura, sino que también enseña, alimenta, orienta el trabajo comunitario y fortalece la fe, manteniendo la continuidad cultural del Pueblo Inga.

Por lo cual, la medicina ancestral para el Pueblo Inga es un sistema vivo de conocimiento, sanación y espiritualidad que sostiene la vida individual y colectiva. A través de prácticas como limpiezas, purgas, baños, rezos y rituales, se restablece el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu, fortaleciendo al mismo tiempo los lazos comunitarios y la relación con el territorio. Esta medicina no sólo cura enfermedades, sino que reafirma la identidad, transmite valores y garantiza la continuidad cultural del Pueblo Inga, reconociendo que el bienestar integral se construye desde la práctica cotidiana, la palabra compartida y el respeto profundo por la vida.

2.7. Pueblo Nasa

2.7.1. Sistema de pensamiento propio

Para el Pueblo Nasa, el pensamiento propio es la base donde nace la forma de comprender y organizar la vida, una relación de reciprocidad entre lo humano, lo espiritual, la

naturaleza y los territorios de origen. La Ley de Origen y el Derecho Mayor orientan las acciones y decisiones del pueblo Nasa, recordando que todas las formas de existencia comparten un vínculo sagrado con la madre tierra (Uma Kiwe). Como lo expresa el mayor Griseldino Pilcue Ulcue, “este cuerpo que nosotros decimos territorio es porque nosotros venimos del territorio (...) así como nacimos, así mismo nos vamos nuevamente a la madre tierra” (comunicación personal, 30 de octubre de 2025). Esta palabra evidencia que la vida para el pueblo Nasa está conectada con un orden mayor que guía no solo la salud, sino también la forma de habitar, de relacionarse y de mantener el equilibrio.

La cosmovisión Nasa se fundamenta en la idea del ciclo: nacer, crecer, aprender y retornar. La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC, 2010) señala que para el pueblo Nasa la existencia no puede separarse del tejido comunitario ni de los elementos naturales, ya que uno necesita del otro. Por ello, el pensamiento propio es considerado la ley de origen y el derecho natural que regula la convivencia, la protección de la vida y la armonización constante entre lo material y lo espiritual. Por esto, el pensamiento de los mayores, los relatos tradicionales y las prácticas de las armonizaciones permiten mantener la memoria del origen y garantizar la continuidad del pueblo.

Este pensamiento también encuentra la forma de comprender la salud, la enfermedad y la medicina ancestral. En Bogotá, es claro que las prácticas propias y las dinámicas de vida se transforman sin embargo desde la creación del cabildo se ha venido trabajando por mantener viva su esencia a través de la práctica de algunas armonizaciones, mingas de pensamiento y espacios de memoria. La vida en la ciudad implica desafíos, pero también reafirma la necesidad de preservar el pensamiento propio como fundamento de identidad y de bienestar colectivo. De acuerdo con la CEPAL (2014), los pueblos indígenas que migran a entornos urbanos sostienen sus sistemas de conocimiento como estrategia de resistencia cultural y de continuidad espiritual.

2.7.2. Territorio

Para el Pueblo Nasa, el territorio no se concibe como un espacio delimitado o un conjunto de tierras, sino como un “espacio integral de vida” donde se entrelazan la naturaleza, la espiritualidad, la memoria y el orden comunitario (CEPAL, 2014). Por lo anterior el territorio es un lugar que tiene vida, que guarda la memoria de los ancestros y los mayores para orientar a las nuevas generaciones. El territorio es madre, es escuela y es camino; se puede decir que de ahí parte el pensamiento propio del pueblo Nasa. Por eso, hablar del territorio es hablar de identidad, cultura y autonomía y es la base para orientar todos los tejidos incluyendo el de salud.

Los mayores y sabedores espirituales describen que el territorio es aquel lugar donde se originan los conocimientos y saberes propios donde la vida mantiene su orden porque en el territorio se ara, se limpia se siembra, se conversa, se realizan armonizaciones y se establece la relación profunda con los espíritus mayores (Kiwe The w). La palabra “territorio” reconoce al cuerpo como primer territorio y el espacio físico es fuente de alimento, de espacio para rituales de conexión entre los seres que han partido a otro espacio y los que se encuentran en el espacio vivo. Estas comprensiones coinciden con lo señalado por la ONIC (2010), que afirma que los

territorios indígenas son entidades vivas que sostienen la memoria cultural y los procesos de salud integral.

Sin embargo, en Bogotá el territorio adquiere nuevas dinámicas debido al desplazamiento a las actividades laborales, académicas y que, sumado con la distancia de los espacios sagrados, el pueblo Nasa busca la forma de adaptarse a nuevos espacios espirituales como páramos, parques, casas de pensamiento y zonas verdes. Estos espacios, aunque no sean idénticos al territorio ancestral, permiten continuar con prácticas de cuidado, mantener la memoria y seguir tejiendo la palabra y el pensamiento. Como lo expresan los sabedores en los círculos de palabra, la territorialidad en Bogotá se construye “en la palabra, en la comida propia, en el tejido y en el recuerdo compartido”, aun cuando las dinámicas urbanas limiten algunos rituales o accesos a plantas sagradas.

El proceso de resignificación territorial en la ciudad implica tanto continuidades como rupturas. Por un lado, se sostienen prácticas como la elaboración de arte propio, la alimentación propia, el mambeo y la enseñanza de la historia y la lengua propia. Por otro lado, la vida urbana genera tensiones relacionadas con la falta de espacios propios, la dificultad de tener una huerta (Tul) y otros espacios. La OPS (2019) señala que la pérdida de territorios o la migración puede afectar la salud indígena al desconectar a las comunidades de sus prácticas tradicionales, lo que resalta la importancia de los espacios organizativos culturales.

2.7.3. Cuerpo humano

Para el Pueblo Nasa el cuerpo no es ajeno al territorio, así como menciona un sabedor espiritual, “El territorio de uno es el cuerpo, porque estamos conectados en nuestra madre tierra.” (G. Pilcuc Ulcuc, comunicación personal, 30 de octubre de 2025). El cuerpo como el territorio no solo es un espacio físico, es todo un complemento de memoria, emociones y espiritualidad. Por ello, cuidar el cuerpo implica cuidar el territorio y viceversa. Griseldino Pilcuc lo resume claramente: “para que a usted no le pase nada (...) dicen límpiense el cuerpo. Puede ser una matica de aspadilla o (...) con el maíz capio” (comunicación personal, 14 de octubre de 2025). Esta cita evidencia que el cuerpo se entiende como un espacio que debe mantenerse en equilibrio por medio de la armonización.

Los ciclos vitales tales como el nacimiento, crecimiento, menstruación, maternidad, vejez y muerte están acompañados por prácticas como armonización y limpieza con plantas que cuidan del cuerpo. La menstruación, llamada “la luna”, por ejemplo, se comprende como un momento de especial sensibilidad y fuerza, acompañado por remedios con plantas calientes y elementos protectores como chumbes, fajas de lana y el chuntur (R. Paya, comunicación personal, 22 de octubre de 2025). Estos objetos no sólo cumplen funciones físicas, sino que actúan como resguardos energéticos que protegen el equilibrio del cuerpo y territorio.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) documenta que en los pueblos indígenas de los Andes el cuerpo es concebido como una dimensión en la que lo espiritual, lo emocional y lo físico son inseparables. Así, un malestar físico puede estar relacionado con una emoción, una desarmonía comunitaria o una desarmonía espiritual, lo cual coincide con el pensamiento del pueblo Nasa, el cuerpo como tejido integral.

En Bogotá, el cuerpo se expone a tensiones debido al ritmo de vida en contexto cultural, por factores como la alimentación industrializada, la contaminación y el estrés por el

movimiento cotidiano. Estos factores hacen que aparezcan nuevas desarmonías que no son frecuentes en el territorio ancestral de origen. Pero, el pueblo Nasa ha encontrado formas de mitigar estas afectaciones mediante limpiezas, mambeos y armonizaciones con los mayores espirituales.

2.7.4. Salud

Para el pueblo Nasa, la salud se entiende desde el estar bien y en armonía abarcando el equilibrio entre cuerpo, mente, territorio, la comunidad y la espiritualidad. Estar bien no significa únicamente no tener enfermedad o desarmonía en salud, sino mantener armonía en todas las dimensiones de la vida. Como lo explica Fanor Elago, “cuando usted sueña mal... tiene que limpiarse su cuerpo. Hay que proteger, hay que prevenir” (comunicación personal, 14 de octubre de 2025). Esta forma de interpretación resalta que la salud se sostiene desde la prevención, la protección espiritual y la guía de los mayores.

Para el Pueblo Nasa, la salud se cuida a través de la palabra, los rituales o armonizaciones, la alimentación propia, las limpiezas para la prevención. Los mayores y sabedores enseñan que la salud también depende de mantener buenas relaciones familiares y comunitarias, es decir estar bien consigo mismo para estar bien con los demás y la naturaleza. De acuerdo con Penagos y Arrivillaga (2021), el derecho a la salud en comunidades indígenas implica reconocer la relación inseparable entre el ser humano y la naturaleza, así como los procesos espirituales que sostienen la vida. Estas autoras destacan que la salud indígena está directamente ligada al equilibrio con el territorio y a la continuidad de las prácticas culturales.

En Bogotá, por las dinámicas culturales y los ritmos acelerados de vida, empiezan a aparecer dificultades para acceder a alimentos tradicionales y limitaciones para la realización de rituales sumado a que para ellos visitar a la medicina occidental no es común, pero en contexto de ciudad este se vuelve una alternativa posible.

2.7.5. Enfermedad o desarmonía

Para el Pueblo Nasa, una desarmonía en salud es lo que occidentalmente la medicina denomina “enfermedad” Este concepto refleja que la causa del malestar no es únicamente física, sino que puede originarse en lo espiritual, lo emocional, lo comunitario o el territorio y que afecta lo individual. Omar Peña lo describe así: “para nosotros... sería no tiene buena armonía o está desarmonizado” (comunicación personal, 14 de octubre de 2025). Sus palabras muestran que la enfermedad es entendida como una ruptura del orden natural de la vida.

Las desarmonías pueden tener múltiples causas como familiares, laborales, desconexión con el territorio, mala alimentación, o afectaciones derivadas en contexto de ciudad. En Bogotá, muchas de estas desarmonías aumentan debido a la distancia de los espacios propios de armonización, la presión y adaptación laboral, el estrés y la dificultad para mantener prácticas ancestrales de protección.

El Pueblo Nasa tiene las siguientes desarmonías consideradas propias desde su cultura como el susto, el mal viento, el descuajo, el arco iris, el mal de ojo, entre otros. Dussan Chaux et al. (2021) documentan que estas categorías no pueden entenderse desde el criterio médico, ya que científicamente estas “enfermedades” no están reconocidas y su origen y tratamiento

son espirituales y comunitarios. En este sentido, la enfermedad no es una falla del cuerpo, sino una señal de que algo en la vida dejó de estar en equilibrio.

En el contexto de ciudad, también aparecen nuevas desarmonías relacionadas con la contaminación, el ruido, el cambio de dinámicas cotidianas y la dificultad para acceder a plantas medicinales o la disponibilidad de los sabedores espirituales (Kiwe the). Sin embargo, no dejan de seguir con sus prácticas desde lo que tienen a su alcance o lo que puedan traer desde su territorio.

2.7.6. Medicina propia

La medicina propia del Pueblo Nasa es el cuidado que combina plantas medicinales, prácticas espirituales, armonizaciones comunitarias y la sabiduría de sabedores y sabedoras espirituales. La medicina propia no es algo aislado, sino un proceso continuo que acompaña todas las etapas de la vida. Gloria Guetio lo expresa claramente: “primero sería pues la mayores espirituales, después sería occidental” (comunicación personal, 14 de octubre de 2025), reflejando la jerarquía espiritual que guía la atención del malestar.

La medicina propia está relacionada con la madre tierra, ya que es ella quien brinda las plantas que cuidan y protegen la misma, el cuerpo y el espíritu. Estas acciones no solo atienden el cuerpo, sino también las emociones, la energía espiritual y la conexión con el territorio. Penagos y Arrivillaga (2021) destacando que la ritualidad o armonización es indispensable para la vida en armonía y que los sabedores son de mediadores entre los espíritus mayor y el espacio vivo. El autocuidado es fundamental para el buen vivir, por lo que se hace necesario conocer de las plantas medicinales, hacer mambeos, armonizaciones individuales y colectivas, usar alguna planta como suerte de amuleto etc. La OPS (2019) señala que estos elementos son fundamentales en los sistemas de salud indígenas y contribuyen a prevenir desarmonías.

En Bogotá, la práctica de la medicina propia enfrenta desafíos, especialmente relacionados con el acceso a plantas medicinales, la ausencia de sitios sagrados rituales y la falta de espacios para la transmisión de saberes. Asimismo, aunque el diálogo con la medicina occidental y propia presenta dificultades por falta de reconocimiento y respeto por parte de la primera se intenta articular de acuerdo a la necesidad o orientación de los sabedores. El pueblo reconoce que ciertos malestares requieren atención médica occidental. La medicina propia, entonces, es una expresión de continuidad cultural, resistencia y cuidado integral. En Bogotá se adapta, se transforma y se recrea, manteniendo su esencia como fundamento de equilibrio, protección y vida para el Pueblo Nasa.

2.8. Pueblo Tubü Hummürimassa

2.8.1. Sistema de Pensamiento Propio

El pensamiento se entiende como el saber propio, las prácticas cotidianas que se realizan junto a los valores y principios que orientan la vida en comunidad desde la cosmovisión ancestral Tubü Hummürimassa. El pensamiento se fundamenta en la relación espiritual, cultural el cuidado territorial el cuerpo como primer territorio se mantiene con la selva, los ríos y todos los seres visibles e invisibles que la habitan en el territorio.

Desde la visión Tubü Hummürimassa, el conocimiento no se separa de la espiritualidad ni de la naturaleza, sino que se transmite la palabra de los abuelos, a través de la oralidad, los cantos, la, rezos, Danzas, medicina ancestral, es para fortalecer la identidad, la autonomía y el equilibrio de la vida, orientando el sistema de conocimiento conectado con el territorio y el universo, para el pueblo Tubü Hummürimassa, la palabra viva que nos enseñan los abuelos y abuelas, para seguir escuchando la voz de la selva interna, de los árboles, los ríos, espíritus que cuidan la vida; es recordar quiénes somos para vivir en armonía con la naturaleza, cuidar el territorio es cuidar el corazón de la existencia y nutrir es la fuerza para sostener la memoria, la existencia misma nos exige resistencia para mantener el legado viva a través de los tiempos, la esencia es seguir caminando con respeto, equilibrio y sabiduría. Los(as) sabedores y sabedoras entienden que se está en el mundo para organizar la prolongación de la existencia.

2.8.2. Territorio

Para el pueblo Tubü Hummürimassa¹⁰, el territorio es una entidad viva que articula espacios físicos, espirituales, históricos y afectivos. No se concibe únicamente como un espacio geográfico o político, sino como la base ontológica de la existencia. En este sentido, el territorio es memoria, identidad y origen. Éste contiene las historias que cuentan el origen, los nombres propios que regulan la vida social, la lengua, los ciclos naturales y la presencia de los abuelos guardianes (Diakara, comunicación personal, 2025). La comunidad señala que sin territorio se pierde la práctica, la memoria y el lenguaje, convirtiendo la persona en “huérfano de su propio territorio”, lo cual afecta su salud espiritual y mental (Tubupera, comunicación personal, 10 de octubre de 2025).

El territorio también es un sistema de relaciones, donde cada elemento río, monte, ave, energía, espíritu; tiene un papel que enseña y orienta la vida colectiva. Los lugares sagrados no se transitan libremente porque están vivos y contienen fuerzas protectoras como Boraró¹¹, que cuida el territorio y regula el comportamiento humano (Tubupera, comunicación personal, 10 de octubre de 2025). Además, el territorio no es un concepto estático sino una doble realidad: por un lado, la tierra ancestral tangible, y, por otro lado, el territorio interno, que es el cuerpo mismo (Diakara; Imika, comunicaciones personales, 16 y 18 de octubre de 2025). Bajo esta lógica, gobernar el territorio implica también gobernar el cuerpo, los pensamientos, la palabra y las emociones.

La relación con la ciudad genera tensiones profundas. La vida urbana se percibe como hostil debido a los alimentos químicos, la falta de naturaleza, la discriminación y las exigencias laborales que no se ajustan al ritmo de la selva (Ernestina Pérez; Tubupera, comunicaciones personales, 12 y 10 de octubre de 2025). Esto implica un desarraigo que enferma y que motiva

¹⁰ Es importante tener en cuenta que, dado que hay un diálogo de saberes entre el pueblo Tubü Hummurimassa y Yepamassa, las concepciones entre estos dos pueblos del territorio, así como de otros temas son distintos. Mientras los Tubü son *Hijos del Tiempo y el Espacio*, su concepción de territorio está asociado a las estrellas y el conjunto del universo. Los Yepamassa siendo *Hijos de la Evolución de la Tierra* tienen un concepto relacionado con la tierra como generadora, como madre, como creación.

¹¹ Se considera un territorio virgen, el cual no ha sido habitado y explorado, y un lugar donde se originan las historias. Sin embargo, cuando las personas irrumpen en este espacio, deja de ser un territorio sagrado donde están los Boraró (guardianes).

a las comunidades a reclamar retorno, reubicación y reconocimiento jurídico de sus derechos territoriales. El territorio es una totalidad viva, espiritual, corporal e histórica que sostiene la existencia Tubü Hummürimassa y sin la cual la vida pierde equilibrio y sentido.

2.8.3. Cuerpo humano

Esta visión de la salud y la enfermedad se articula con una comprensión particular del cuerpo humano. Para el pueblo Tubü Hummürimassa, el cuerpo es un territorio integral en el que confluyen lo físico, lo emocional, lo mental y lo espiritual. No existe una dualidad entre cuerpo y espíritu, sino una continuidad. El cuerpo incluye dimensiones que no son visibles para la ciencia occidental, como el cuerpo del sueño, descrito como “lo único real que vemos sin los ojos” (Diakara, comunicación personal, 2025). Según Imika, el cuerpo contiene aguas, semillas y memorias, que orientan su relación con la naturaleza y con la comunidad (Imika, comunicación personal, 2025)

El cuidado del cuerpo es equivalente al cuidado del territorio, ya que este constituye el primer espacio político y espiritual del cual depende la vida colectiva. Armonizar el cuerpo implica prácticas como la danza, la palabra, la respiración consciente, la conversación comunitaria y la escucha de historias ancestrales. La coherencia entre pensamiento, palabra y acción es indispensable; cuando esta coherencia se rompe, surge el desequilibrio. Por ello, el cuerpo es simultáneamente memoria, espiritualidad y saber, un espacio donde se encarna la tradición y se manifiestan los aprendizajes de generaciones.

2.8.4. Salud

La salud, para el pueblo Tubü Hummürimassa, comprende un estado integral que supera ampliamente la dimensión física del bienestar. Se trata de un equilibrio dinámico entre cuerpo, mente, espíritu, comunidad y territorio, sin separación entre estos elementos, pues todos conforman una unidad vital. Como afirma Tubü Hummürimassapera; salud, educación y cultura son inseparables porque “si uno está bien, todo está bien” (comunicación personal, 10 de octubre de 2025). En esta perspectiva, la salud se manifiesta cuando la persona puede vivir con tranquilidad, respirar de manera consciente, controlar sus emociones y mantener una relación armoniosa con su comunidad y con la naturaleza.

La prevención es el eje fundamental de la salud Tubü Hummürimassa. Los abuelos interpretan los cantos de los pájaros, observan señales riesgos con el fin de orientar a la comunidad y evitar enfermedades, conflictos o desequilibrios (Tubupera, comunicación personal, 10 de octubre de 2025). Dichas prácticas preventivas incluyen la danza, la palabra, el mambeadero, los rezos y el ejercicio constante de las historias de origen, consideradas portadoras de códigos de cuidado, equilibrio y orientación espiritual. En este sentido, la salud también implica un ejercicio de reflexión interior; para Diakara Zurandary, la salud es “sentarse a visualizar”, es decir, pensar la vida antes de que aparezcan sus desajustes.

Sin embargo, el entorno urbano representa una amenaza significativa para la salud Tubü Hummürimassa. Factores como el estrés, la discriminación, la burocracia, los alimentos industrializados y las dinámicas laborales ajenas al ritmo territorial tradicional generan agotamiento, frustración y nuevas enfermedades (Imika, comunicación personal, 18 de octubre

de 2025). Esta situación interrumpe la relación profunda con el territorio y el ritmo circular de la vida comunitaria, afectando el equilibrio entre cuerpo, palabra y espíritu. Por ello, la salud se concibe como un “buen vivir”, entendida como la responsabilidad de cuidarse a sí mismo y a la comunidad, procurando que el bienestar no se convierta en un negocio sino en una práctica cultural compartida (Cabildo Tubú, 2024, p. 8).

2.8.5. *Enfermedad*

En coherencia con esta concepción integral, dentro del pensamiento Tubü, no existe un concepto de enfermedad, se entiende como una ausencia de salud, no es un fenómeno meramente biológico. Desde la perspectiva Tubü Hummürimassa, la enfermedad se inicia antes de su manifestación física, como un desequilibrio emocional, espiritual, social, mental o territorial. Diakara Zurandary explica que “solo una persona está enferma mucho antes de caer en la cama”, lo que implica que el no tener salud surge de conflictos internos, emociones reprimidas, fracturas con el entorno o el incumplimiento de normas y enseñanzas ancestrales. Entre las causas más comunes se encuentran la pérdida de identidad, la incapacidad de expresar la palabra, la tristeza acumulada, el alejamiento del territorio, las tensiones familiares no resueltas y el impacto del entorno urbano (Tubupera; Imika, comunicación personal, 2025). Como enfatiza, Etelvina Sierra “si uno no hace caso dentro de las historias que cuentan los abuelos se enferman”. (comunicación personal, 2025)

La enfermedad es parte de la falta de comprensión de la medicina ancestral de las personas externas que no comprenden su estado, y la forma en que actúa la medicina, allí surge es desequilibrio. Ésta puede presentarse como un malestar físico (gripe, hernias, cáncer), emocional (nostalgia, tristeza), espiritual o social (violencia, “alegramiento”, consumo de alcohol en contextos inadecuados). Asimismo, existe una lectura crítica hacia el sistema de salud occidental, cuyos medicamentos químicos y procesos burocráticos calman, pero no sanan, generando incluso nuevas dolencias (Imika, comunicación personal, 2025). Frente a ello, la persona enferma es entendida como “el primer investigador de su enfermedad”, responsable de indagar las causas profundas de su desequilibrio (Diakara, comunicación personal, 2025).

2.8.6. *Medicina propia*

La medicina propia Tubü Hummürimassa constituye un sistema de sanación complejo y altamente estructurado que integra territorio, palabra, cuerpo, espíritu e historia. Es una ciencia indígena basada en la observación, la experiencia, la transmisión oral y la conexión con fuerzas espirituales, pero no constituye un sistema religioso (Diakara, 2025). Su fundamento descansa en la prevención a través de historias, danzas, cantos, instrumentos, rezos y palabra viva y en el acompañamiento cuando la enfermedad ya se ha expresado. Como señalan las historias recogidas, el origen de la enseñanza y la sanación está asociado a Yepâ Massa, quien buscó un compañero capaz de “arreglar mundo” y transmitir la historia, las plantas y la danza (García, 2024).

Dentro de este sistema, la palabra viva es central. Las historias ancestrales son consideradas tecnologías de conocimiento que permiten prevenir, equilibrar y sanar, y no

simples relatos míticos (Tubupera, Diakara, comunicación personal, 2025). En la misma línea, “la práctica usual en el intercambio de saberes era aprender la lengua del otro como forma de expresión de respeto” (García, 2024), mostrando que la sanación también implica diálogo intercultural y reconocimiento mutuo. La pérdida o suplantación de la lengua, como en el caso del término “Siriano”, ha afectado el valor de la historia de origen y ha generado confusiones identitarias (García, 2024).

La danza, especialmente la del Yuruparí, cumple una función terapéutica que equilibra el cuerpo y la mente mediante el movimiento, la palabra y los instrumentos tradicionales. De acuerdo con el Cabildo Tubü Hummürimassa, estas prácticas forman parte del patrimonio entendido como los conocimientos que permiten la perduración de la cultura, incluidos los cantos, las danzas y las prácticas alimenticias. Además, la formación de sabedores y autoridades no sigue una estructura jerárquica, sino un proceso de aprendizaje en el mambeadero, escuchando historias, danzando y practicando la ciencia ancestral (Cabildo Tubü Hummürimassa, 2024). Estos cuidadores tienen la responsabilidad de organizar a la comunidad y promover el buen vivir.

Las plantas sagradas como el tabaco, mambe, ambil, murundi, yopo, ayahuasca, peyote, entre otras, conforman una canoa de medicinas con funciones precisas: limpiar territorialmente, despertar la memoria, centrar la palabra, calmar la mente o abrir la comprensión espiritual (Imika, comunicación personal, 2025). Su uso está estrictamente regulado mediante dietas, rezos, lenguajes rituales y un proceso formativo de hasta 25 años. El Cabildo Tubü Hummürimassa establece sanciones para el uso inadecuado de estas medicinas o para el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol en espacios de sanación (Cabildo Tubü Hummürimassa, 2024).

Lo anterior, expresa una visión integral donde el cuerpo, la salud, la palabra, el territorio y comunidad son inseparables. La medicina propia del Pueblo Tubü Hummürimassa, surge desde antes de la concepción y se va desarrollando en la medida que va creciendo. Se aprende con los médicos ancestrales, que están durante el parto, y luego cuando ya se es niño, se inicia un nuevo aprendizaje del rol con los sabedores y las sabedoras. La sanación no es una intervención aislada, sino un proceso de armonización profunda que sigue los principios de respeto, equilibrio, escucha y memoria, como ha sido transmitido por generaciones.

2.9. Pueblo Uitoto

2.9.1. Sistema de pensamiento propio

El sistema de conocimiento propio del pueblo Uitoto se fundamenta en la Ley de Origen, que ordena el comportamiento humano, la relación con los seres de la naturaleza y el respeto por los espíritus que habitan todos los elementos del cosmos. El pensamiento propio reconoce que la palabra es medicina y guía del actuar. Desde el Jibieb+r+ uai (Mambeadero), los abuelos orientan el equilibrio de la vida mediante la palabra, el mambe, ambil y la yuca dulce, entendidos como elementos sagrados que sostienen el buen vivir Ka+ Yofurabe Murui-Muina -Uitoto (2020).

En este proceso, las plantas sagradas o de poder Diona (tabaco), Yeraqu+ (ambil), Jib+e (mambe) y Jibina (coca) acompañan direccionan, organizan y orientan la vida colectiva, buscando mantener la armonía cosmogónica entre hombre, naturaleza y creación. A través de

estos elementos rituales, junto con los cantos, danzas, narraciones y palabras de consejo, el pueblo Uitoto conjuga su vida comunitaria y fortalece su identidad cultural.

Uno de los conceptos fundamentales que estructura la cultura Uitoto es el de la “Palabra” (Uai), entendida no sólo como una unidad léxica con significado, sino como un principio cosmogónico que integra lo simbólico y lo material. La Palabra tiene vida, y su uso adecuado puede sanar o enfermar a los miembros de la comunidad. Por ello, su manejo otorga un rol central en el territorio y en la vida cotidiana, circulando a través de los cantos, las narraciones y los mambeaderos, de manera espacial, corporal y simbólica entre los participantes.

En esta tradición, la palabra fría representa la palabra que calma, orienta y guía; es el opuesto de la palabra caliente, que puede generar conflicto o desarmonía. La palabra fría se asocia con la tranquilidad, el consejo sabio y el diálogo respetuoso en el Mambeadero, espacio en el que los mayores y sabedores transmiten enseñanzas, resuelven tensiones y fortalecen la convivencia. Se le considera una medicina de la palabra, pues enfría los problemas, restablece el equilibrio y preserva la armonía comunitaria.

En síntesis, el sistema de pensamiento propio del pueblo Uitoto se estructura como un marco epistemológico integral sustentado en la Ley de Origen, desde la cual se regula la relación entre el ser humano, el territorio, la naturaleza y el mundo espiritual. La Palabra, concebida como principio cosmogónico y fuerza vital, ocupa un lugar central al orientar el comportamiento individual y colectivo, posibilitando tanto la armonización como la desarmonía según su uso.

El Mambeadero, junto con las plantas sagradas y las prácticas rituales, constituye el espacio privilegiado de transmisión, regulación y reproducción de este conocimiento ancestral. En este sentido, el sistema de pensamiento Uitoto no solo organiza la vida social y espiritual del pueblo, sino que se erige como el fundamento conceptual y simbólico desde el cual se comprenden las nociones de cuerpo, salud, enfermedad y medicina propia, garantizando la continuidad cultural y el equilibrio del buen vivir en distintos contextos territoriales.

2.9.2. Territorio

Para el pueblo Uitoto, el territorio no se limita a un lugar geográfico, sino que abarca los vínculos espirituales y culturales que sostienen la vida comunitaria, es decir es físico, espiritual y simbólico al mismo tiempo. Es un espacio vivo donde se manifiestan los ancestros, los seres protectores, los sitios sagrados y los elementos que sostienen el equilibrio de la vida; también es memoria, historia y cuerpo. Las voces recopiladas señalan que el territorio se extiende hacia adentro de la persona: el cuerpo es territorio y el territorio está dentro del cuerpo. Desde esta perspectiva, la salud depende de la armonía entre ambos. En ese sentido el territorio trasciende lo físico y se entiende como un espacio vivo que integra cuerpo, espíritu, naturaleza y pensamiento.

En palabras de la abuela Griselda (comunicación personal, 2025), manifiesta que el territorio incluye el agua, la selva, los usos y costumbres, y constituye una identidad como pueblos indígenas y como base de la medicina ancestral. La lideresa Bernardita (2025), expresa que se reconoce un territorio del cuerpo (ka+ enu+), que requiere limpieza espiritual para mantener el equilibrio. Esta comprensión coincide con lo planteado por el abuelo Luis (2025),

quien señala que el territorio es el espacio donde el pensamiento ancestral puede ejercerse libremente y donde se entretienen los saberes de los abuelos.

En Bogotá, el pueblo Uitoto reconoce que la vida urbana ha transformado su relación con el territorio. La distancia de la selva la escasez de plantas medicinales, la falta de lugares rituales y los ritmos acelerados de la ciudad generan tensiones y desconexión espiritual. Sin embargo, prácticas como el uso del ambil (Yeraqu+) y el mambe (Jib+e), los encuentros comunitarios y la palabra orientada permiten recrear simbólicamente el territorio ancestral en la ciudad. Como lo expresa la profesional Uitoto en psicología Maifer (2025) en contexto de ciudad, el territorio se recrea a través de prácticas como el uso del ambil y el mambe, que permiten mantener la conexión espiritual incluso fuera del territorio ancestral, señala que, aunque no se esté en la Amazonia, el vínculo con el territorio se activa al relacionarse con las plantas sagradas y la comunidad.

En este contexto el territorio, incluso en contexto urbano, sigue siendo el fundamento del equilibrio espiritual, comunitario y corporal del pueblo, en la ciudad, el cuerpo sigue siendo territorio cuando se mantiene la conexión espiritual por medio de prácticas rituales. El Mambeadero, las narraciones, los cantos, la palabra de orientación y el uso de plantas sagradas permiten recrear el vínculo simbólico con la selva, aunque el territorio físico haya cambiado, la persona conserva un territorio espiritual que se activa en cada práctica cultural.

2.9.3. Cuerpo humano

El cuerpo humano, en el pensamiento Uitoto, se concibe como una extensión del territorio y un espacio espiritual donde habitan los saberes y la fuerza vital. Está conectado con los cuatro elementos naturales (agua, aire, tierra y fuego), por lo que cuidarlo equivale a proteger la vida y la espiritualidad, siendo una unidad integral formada por materia, espíritu, memoria ancestral y energía. Es concebido como una maloca viva, un centro de formación y protección donde habitan saberes, linajes y fuerzas espirituales. En palabras del gobernador del cabildo Uitoto de Bogotá Hermes (comunicación personal,2025), expone que el cuerpo también se entiende en relación con los ciclos de vida y muerte, para el Pueblo Uitoto, la muerte no es un final, sino una trascendencia o reencarnación en elementos de la naturaleza o sitios sagrados.

La lideresa Bernardita Remuy (comunicación personal,2025), expresa que el cuerpo está conformado por los cuatro elementos y que el origen de la vida se encuentra profundamente ligado a la espiritualidad y a las dietas tradicionales. De manera similar el abuelo Luis (comunicación personal,2025), señala que el cuerpo es espíritu, aire, agua y tierra unidos, y que su funcionamiento está ligado al territorio. Esta visión se refuerza en la cartilla Ka + Yofurabe Murui-Muina (SED, 2020), donde la maloca se describe como representación simbólica del cuerpo humano.

En Bogotá, el pueblo Uitoto reconoce que el cuerpo experimenta transformaciones debido al ritmo urbano, la alimentación no tradicional, la fragmentación comunitaria y la ausencia de ciertos rituales. La ciudad introduce tensiones que afectan la conexión espiritual del cuerpo con su territorio y su memoria. Aun así, la palabra de consejo, el buen pensamiento y las prácticas de medicina propia permiten sostener el equilibrio corporal en medio de estas condiciones.

En términos generales la concepción del cuerpo humano en el pensamiento Uitoto se presenta como una unidad integral, estrechamente vinculada a los elementos naturales y espirituales, y fundamentalmente interdependiente del territorio. La visión del cuerpo como una maloca viva, en constante relación con los ciclos de la vida y la muerte, refuerza la idea de que el bienestar físico está profundamente relacionado con el equilibrio espiritual, el cuidado de la memoria ancestral y el respeto por los elementos de la naturaleza.

Aunque las transformaciones del entorno urbano afectan estas prácticas y conexiones, el pueblo Uitoto mantiene su capacidad de restaurar el equilibrio corporal a través de la palabra, la medicina ancestral y el acompañamiento comunitario. Así, el cuerpo sigue siendo un espacio sagrado que refleja la interconexión de todos los aspectos de la vida, adaptándose y resistiendo las tensiones impuestas por la vida moderna sin perder su vínculo con la cosmovisión ancestral.

2.9.4. Salud

Para el pueblo Uitoto, la salud no se entiende como ausencia de enfermedad, sino como estado de armonía integral entre cuerpo, espíritu, palabra, comunidad y territorio. Como lo expresa la abuela Griselda (comunicación personal, 2025), la salud es armonía en la familia y la comunidad, y no se reduce a la ausencia de enfermedad. Complementado lo expresado por la abuela Griselda la lideresa Blanca (2025) manifiesta que la salud es integral, lo físico, lo mental y lo espiritual y se expresa como estar bien consigo mismo y con el entorno. En palabras del abuelo Luis (comunicación personal, 2025), la salud se entiende como estar bien (Ñue iyan+o), un estado integral que articula lo físico, lo emocional, lo espiritual, la familia, la comunidad y el territorio, también enfatiza en expresar que para estar bien es necesario revisar la relación con el ecosistema, la palabra y las prácticas rituales.

En ese orden de ideas se reafirma la salud como un estado integral de equilibrio físico, mental y espiritual que se construye colectivamente y depende de la armonía entre la persona, su familia, la comunidad y el territorio. Estar saludable implica mantener un pensamiento limpio, una palabra armoniosa y una relación respetuosa con los elementos de la naturaleza.

En el pensamiento Uitoto, la salud es una construcción colectiva; depende de las relaciones que sostienen la vida y del equilibrio con la naturaleza. La dieta tradicional (J+ra), la alimentación propia (casabe, Caguana, pescado) esto se articula con el estudio de la FUCS (2020), que identifica la alimentación tradicional como una forma central de cuidado y prevención de enfermedades, las prácticas espirituales cotidianas son parte fundamental de este bienestar.

En palabras de la profesional Uitoto en Psicología Maifer (comunicación personal, 2025), en Bogotá la salud se ve afectada por cambios en las dinámicas de vida, pero también se sostiene mediante prácticas espirituales como rezos, bailes, cantos, narraciones y el consumo de ambil, mambe y de alimentos tradicionales cuando es posible. En Bogotá, aunque algunas prácticas se transforman por la falta de territorio y plantas medicinales, la comunidad mantiene su noción de salud a través de la palabra, la espiritualidad, los encuentros comunitarios y la recreación simbólica de sus prácticas propias en los mambeaderos que funcionan como espacios de transmisión de enseñanza, orientación, prevención y armonización.

A partir de lo expuesto, la salud para el pueblo Uitoto se configura como un estado de equilibrio integral y relacional que trasciende la dimensión individual y se construye

colectivamente en la interacción entre cuerpo, palabra, espiritualidad, comunidad y territorio. Incluso en el contexto urbano de Bogotá, donde las condiciones de vida imponen transformaciones y tensiones sobre las prácticas tradicionales, la comunidad recrea y sostiene su noción propia de salud mediante la palabra de consejo, la espiritualidad cotidiana, la alimentación tradicional adaptada y los espacios comunitarios como el Mambeadero.

De este modo, la salud se reafirma como una expresión viva del sistema de pensamiento propio, que articula prevención, cuidado y armonización desde la cosmovisión Uitoto, evidenciando su capacidad de adaptación.

2.9.5. Enfermedad

Las voces comunitarias del pueblo Uitoto coinciden en señalar que la enfermedad se comprende como una condición de desequilibrio que trasciende lo estrictamente físico. Al respecto, la técnica en salud Yolanda (comunicación personal,2025), explica que la enfermedad se manifiesta como un desajuste físico y emocional, asociado a conflictos familiares, estados de tristeza, estrés y procesos de desconexión con el territorio. En consonancia con esta comprensión, la abuela Griselda (comunicación personal,2025), afirma que la enfermedad surge cuando se rompe la armonía, ya sea por problemas familiares, emocionales o espirituales.

Desde esta perspectiva, la enfermedad es entendida como una pérdida de equilibrio interior y colectivo, que no se limita al dolor corporal, sino que involucra dimensiones emocionales, espirituales, comunitarias y territoriales, y que puede tener un origen tanto natural como espiritual, requiriendo procesos integrales de armonización.

En este mismo sentido, el abuelo Luis (comunicación personal,2025), reconoce la existencia de enfermedades de origen espiritual que no pueden ser abordadas por la medicina occidental, dado que están relacionadas con energías externas, contaminaciones espirituales y afectaciones provenientes del mundo nocturno. Esta concepción reafirma que para el pueblo Uitoto, la enfermedad no fragmenta lo físico y lo espiritual, sino que los comprende como dimensiones interrelacionadas.

Estas comprensiones dialogan con lo señalado por la FUCS (2020), que identifica la influencia de la cultura occidental y la noción de espíritu no puro como factores asociados a procesos de enfermedad. Asimismo, fuentes secundarias como Ja+eni D+ona Rafue (2020) advierten sobre la transformación negativa de plantas sagradas, como la coca, a partir de su uso vinculado al narcotráfico, situación que genera desequilibrios espirituales, sociales y comunitarios.

En el contexto urbano, la profesional Uitoto en psicología Maifer (comunicación personal,2025), señala que emergen nuevas formas de desarmonía asociadas al estrés, la contaminación ambiental y el distanciamiento del territorio ancestral, identificadas por el pueblo como mal viento. En Bogotá, estas desarmonías se expresan en la aceleración del tiempo, el aislamiento social, las restricciones institucionales y las limitaciones para el acceso a plantas medicinales, condiciones que inciden en la salud espiritual, emocional y comunitaria del pueblo Uitoto.

En este sentido, desde la perspectiva del pueblo Uitoto, la enfermedad se configura como una expresión de desarmonía que revela rupturas en las relaciones que sostienen la vida: el vínculo con el territorio, la palabra, la comunidad, el pensamiento y el mundo espiritual. En contexto urbano, estas rupturas se intensifican y adquieren nuevas formas, asociadas a

dinámicas de aceleración, fragmentación social y limitaciones para el ejercicio pleno de las prácticas culturales y espirituales. No obstante, la enfermedad continúa siendo comprendida como un llamado al restablecimiento del equilibrio, más que como un evento aislado del cuerpo, lo que reafirma su carácter relacional, integral y colectivo.

Esta comprensión sostiene la necesidad de procesos de armonización que reconozcan las dimensiones espirituales, territoriales y comunitarias de la vida, y que permitan al pueblo Uitoto recrear, incluso en la ciudad, sus propios mecanismos de cuidado, sanación y continuidad cultural.

2.9.6. Medicina propia

La medicina propia para el pueblo Uitoto es el medio de restaurar el equilibrio del cuerpo y del espíritu. Incluye el uso de plantas sagradas, rezos, conjuros, dietas y la palabra de los abuelos sabedores. Representa la continuidad del conocimiento ancestral y la base del bienestar espiritual y físico del pueblo Uitoto.

La medicina propia incluye plantas sagradas, ritualidad, dietas y, principalmente, la palabra. Como señalan los sabedores, todo lo que hay en el universo es medicina y la primera sanación ocurre en el pensamiento Ja+eni D+ona (2020). La palabra de consejo es considerada una medicina en sí misma, pues orienta, protege y restablece el orden espiritual. La medicina propia no se limita a plantas de poder tabaco. Coca, albahaca etc., sino que incluye:

- Palabra de consejo orientada.
- Ritualidad.
- Conjuros, soplos, rezos e invocaciones.
- Esencia de los espíritus del ambil, mambe y yuca dulce.
- Baños y armonizaciones.
- Dietas y restricción alimentaria.
- Orientación espiritual en el Mambeadero.
- Roles comunitarios como sabedores, armonizadores, parteras y acompañantes espirituales.

En palabras de la antropóloga Uitoto Lucy (comunicación personal, 2025), señala que, en el contexto urbano, la medicina propia no se ha transformado, sino que se ha adaptado, aunque el acceso a plantas medicinales es limitado y tiene altos costos, el pueblo Uitoto mantiene la sanación a través de los mambeaderos, el acompañamiento espiritual y el diálogo con la medicina occidental cuando es posible. En Bogotá, la medicina propia se mantiene, aunque con adaptaciones.

El acceso a las plantas medicinales es limitado dado que no se pueden trasladar del territorio y la adquisición en el contexto urbano tiene un alto costo; sin embargo, la comunidad recrea sus prácticas a través de la palabra en los círculos de palabra en los mambeaderos, la alimentación adaptada y el acompañamiento espiritual del sabedor(a). Las dinámicas urbanas imponen retos, pero el pueblo Uitoto sigue sosteniendo su sistema de cuidado desde la cosmovisión ancestral.

En esta línea, la medicina propia del pueblo Uitoto constituye un sistema integral de cuidado que articula pensamiento, palabra, espiritualidad, territorio y comunidad. Más que un conjunto de prácticas culturales se configura como una forma de ordenar la vida y restablecer el equilibrio cuando este se ve alterado. En el contexto urbano de Bogotá, aunque las

condiciones materiales y territoriales imponen limitaciones, la medicina propia no pierde su vigencia ni su sentido, sino que se configura mediante la palabra, el acompañamiento de los sabedores, los mameaderos y la adaptación de prácticas rituales.

De este modo, el pueblo Uitoto reafirma la medicina propia como un pilar fundamental de su identidad cultural y como una estrategia viva de cuidado espiritual, físico y colectivo, que dialoga con otros sistemas de salud sin perder su fundamento ancestral.

2.10. Pueblo Wounaan

2.10.1 Sistema de pensamiento propio

Para el Pueblo indígena Wounaan Nonam, las categorías de cuerpo humano, territorio, salud, enfermedad y medicina propia no pueden comprenderse de manera fragmentada ni desde una lógica exclusivamente biomédica. Estas nociones se articulan profundamente con su cosmovisión y, en particular, con su relato de origen, el cual explica la creación del mundo y de la humanidad Wounaan Nonam. Dicho proceso de creación se sitúa en Baud Mos, cuyo significado en lengua Wounaan corresponde a “isla”, lugar sagrado donde tuvo origen la vida humana según su tradición ancestral.

De acuerdo con esta cosmogonía, *Maach Aai*, Dios creador, movido por su amor y deseo de dar vida a la humanidad, encomendó a su hijo Ewandam la tarea de crear a los primeros seres humanos. En un primer intento, Ewandam trató de elaborar figuras humanas a partir de la palma de chonta; sin embargo, la dureza de este material le impidió darles forma, llegando incluso a lastimarse los dedos al intentar labrar la madera. Posteriormente, utilizó madera de balso, pero ésta resultó demasiado blanda y poco resistente, por lo que tampoco fue adecuada para la creación de los cuerpos humanos.

Finalmente, Ewandam recurrió al barro y descubrió que era un material maleable y fácil de moldear. Con este, logró crear numerosos muñecos semejantes a él. Una vez terminados, los dispuso cuidadosamente en filas a lo largo de la playa de Baud Mos. Al día siguiente, *Maach Aai*, haciendo uso de su poder creador, transformó estos muñecos de barro en seres humanos, dando origen al pueblo Wounaan Nonam (Plan de Salvaguarda Étnico del Pueblo Wounaan de Colombia, 2011).

Este relato de creación, transmitido de generación en generación, no solo explica el origen del ser humano, sino que también fundamenta la relación intrínseca entre el cuerpo, la naturaleza y el territorio. Desde esta perspectiva, el cuerpo humano es concebido como una extensión del territorio y de los elementos naturales que le dieron forma, lo cual influye directamente en las comprensiones propias sobre la salud, la enfermedad y las prácticas de medicina tradicional dentro del pueblo Wounaan Nonam (Plan de Salvaguarda Étnico del Pueblo Wounaan de Colombia, 2011).

2.10. 2. Territorio

El territorio constituye un eje fundamental para la vida, la cultura y la espiritualidad del Pueblo indígena Wounaan Nonam, en tanto es la base sobre la cual se organiza su existencia individual y colectiva. Desde su cosmovisión, el territorio no es únicamente un espacio físico, sino un ámbito vivo que exige respeto, reciprocidad y armonía. Así lo expresa el líder indígena Emir Carpio (comunicación personal, 2025), al afirmar que “en el territorio ancestral vivimos

bien, porque pedimos permiso”, haciendo referencia a la relación espiritual que se establece con la naturaleza antes de habitarla, transformarla o utilizar sus recursos.

De manera complementaria, la sabedora Gilmena Chiripua (comunicación personal,2025), resalta la importancia del territorio como condición indispensable para el desarrollo de la vida cotidiana y comunitaria, al señalar que “el territorio es necesario para muchas cosas, para construir casa”. Desde su perspectiva, la experiencia de vida fuera del territorio ancestral no puede equipararse a la que se tiene en él, pues “no es igual como en el territorio”. Esta comprensión se inscribe en una visión histórica más amplia, en la cual el pueblo Wounaan Nonam no concebía límites territoriales rígidos, y donde el mar ocupaba un lugar central en los trabajos espirituales y rituales, constituyéndose como un elemento esencial de su vida cultural y simbólica (Plan de Salvaguarda Étnico del Pueblo Wounaan de Colombia, 2011).

Asimismo, la sabedora Gilmena Chiripua ha manifestado su preocupación frente a la necesidad de habitar el territorio ancestral y las dificultades que implica la vida en contextos urbanos. Aunque la ciudad llega a ser considerada como un territorio de residencia, esta genera percepciones negativas asociadas al desarraigo cultural. En sus palabras, “siento no alegría, y quiero vivir en Bogotá como vivía en el territorio; no consumimos alimentos propios, como la panda”, lo que evidencia las barreras para la adaptación a la vida urbana y la pérdida de prácticas alimentarias, culturales y sociales propias (Chiripua, comunicación personal,2025). Esta experiencia de desplazamiento y adaptación ha limitado su entorno vital y ha producido un desarraigo territorial que impacta profundamente su vivencia cultural y comunitaria.

Para el Pueblo Wounaan Nonam, la tierra es el fundamento esencial que emerge dentro del territorio y debe mantenerse en equilibrio. De este principio se deriva el cuidado de la madre tierra, no como un acto meramente simbólico o determinista, sino como una práctica espiritual y ética que orienta la vida en armonía. Cuidar el territorio implica una responsabilidad activa que compromete tanto el cuerpo como el espíritu de quienes lo habitan.

En este sentido, el líder indígena Emir Carpio (comunicación personal,2025), señala que la tierra debe ser armonizada, ya que en ella habitan espíritus que pueden afectar la vida o el cuerpo humano. Por ello, insiste en la necesidad de proteger y cuidar la tierra, especialmente en contextos urbanos como Bogotá, donde el suelo no es naturalmente fértil para el cultivo y se hace necesario el uso de abonos químicos para que algunas plantas puedan crecer. Esta situación pone de manifiesto las tensiones entre las prácticas tradicionales de cuidado territorial y las condiciones ambientales propias de la ciudad, las cuales afectan la relación espiritual y material que el pueblo Wounaan Nonam mantiene con la tierra (comunicación personal,2025).

2.10. 3. Cuerpo humano

Desde la cosmovisión del Pueblo indígena Wounaan Nonam, el cuerpo humano se concibe como una unidad dinámica que integra lo físico, lo espiritual y lo comunitario. Según el sabedor Sercelinito Piraza (2025), mientras una persona mantiene su cuerpo sano, puede desempeñar diversos oficios y participar activamente en la vida cotidiana; no obstante, cuando enferma, su movilidad y su relación con el entorno se ven limitadas. Esta comprensión trasciende la vida biológica, pues, para este pueblo, el espíritu de una persona fallecida no se desvincula completamente de su familia ni de su comunidad, sino que se transforma y transita hacia otra dimensión espiritual, permaneciendo cercana a sus seres queridos. En este sentido,

el cuerpo humano conserva su importancia aun después de la muerte, al continuar existiendo en un plano espiritual que mantiene vínculos con el mundo terrenal.

Al respecto, Piraza (comunicación personal,2025), señala que “el espíritu a veces aparece a la gente, y llevan el guayuco al cementerio”, lo cual, desde la creencia ancestral, se interpreta como una solicitud de ayuda para que el espíritu alcance armonía y paz en su tránsito espiritual. Esta acción busca atender al cuerpo humano espiritual, permitiéndole completar su proceso de transformación sin sufrimiento. De esta manera, tanto el cuerpo físico como el cuerpo espiritual poseen un profundo significado cultural, ya que su cuidado evita el padecimiento del espíritu y fortalece el equilibrio entre los mundos visible e invisible.

En este proceso, los benkhũun, médicos ancestrales del Pueblo Wounaan Nonam, cumplen un papel fundamental como mediadores espirituales. A través de visiones y saberes heredados, orientan a la comunidad en la protección y salvaguarda del cuerpo humano, tanto en el plano terrenal como en el espiritual. En este sentido, Dionicio (comunicación personal,2025), afirma que “esa visión espiritual es la que ven los benkhũun; un ser humano vivo no ve lo espiritual, por eso los benkhũun nos dicen que nos acerquemos al lado de la palma de werregue”. Estas orientaciones permiten resguardar espiritualmente a la persona y mantener el equilibrio frente a posibles afectaciones invisibles.

El sabedor Sercelinito Piraza (comunicación personal,2025), también ha resaltado la importancia del cuerpo humano después de la muerte, al señalar que este se transforma y transita hacia un plano espiritual del mundo terrenal. Desde esta cosmovisión ancestral, el espíritu inicia un proceso de retorno y permanencia en una vida espiritual activa, lo cual genera experiencias concretas para los vivos. Así lo expresa al relatar: “le dije a mi señora, vámonos de aquí, porque de noche este espíritu nos puede generar más miedo”, evidenciando la percepción real y cotidiana de la presencia espiritual en la vida comunitaria.

Dentro de esta misma lógica de equilibrio y armonización, la cultura Wounaan Nonam contempla prácticas específicas asociadas al duelo y al cuidado del cuerpo. Una de ellas es el corte del cabello de la mujer viuda, entendido como una acción de protección espiritual y corporal. Esta práctica permite a la mujer transitar entre el pasado y el presente, reconociendo la relación profunda que existió con su compañero, quien estaba compuesto de cuerpo físico, y la nueva condición de vínculo con la muerte espiritual. El cabello, en este sentido, representa parte de la existencia compartida y del lazo vital construido durante la vida en común.

La mayora Laura Chocho (comunicación personal,2025), precisa este aspecto al afirmar que “cuando una mujer quedaba viuda, no dejaba cortar el cabello a mujeres casadas, sino a una joven soltera; la viuda se acuesta al lado de una joven, recordando que dormía acompañada en la noche”. Esta práctica ritual simboliza el acompañamiento, la protección y la continuidad del cuidado espiritual durante el proceso de duelo.

En la cultura indígena Wounaan Nonam, los benkhũun y los dauchoon gozan de un profundo respeto y reconocimiento, pues son quienes protegen a las personas de ataques espirituales y atienden los desequilibrios que afectan el cuerpo humano. Ante cualquier problema de salud o enfermedad —ya sea dolor de cabeza, dolor de estómago u otro malestar, en niños, jóvenes o adultos—, los miembros de la comunidad acuden de inmediato a estos sabedores. Los procesos de sanación y curación se realizan mediante rituales que integran danzas, plantas medicinales y preparación espiritual, en los cuales el médico ancestral actúa

con conocimiento y responsabilidad, pues “no habla por hablar”, sino desde un saber profundo que exige respeto.

Cuando el paciente es un niño, el *benkhuun* se prepara espiritualmente y realiza danzas rituales para propiciar una transformación espiritual del cuerpo, guiando el proceso de sanación con el uso de plantas medicinales y prácticas ceremoniales propias (Autoridades, mayores y sabedores Wounaan Nonam, 2020).

2.10.4 Salud

Para el Pueblo indígena Wounaan Nonam asentado en la ciudad de Bogotá, el concepto de salud se comprende desde una cosmovisión ancestral que orienta la vida hacia el bienestar, la armonía y el equilibrio entre el cuerpo, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual. Desde esta perspectiva, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que se expresa en las prácticas cotidianas que permiten sostener la vida en condiciones dignas, incluso en contextos urbanos.

En este sentido, la alimentación propia ocupa un lugar central en la comprensión de la salud. Aun en el contexto de Bogotá, las familias Wounaan Nonam conservan las formas tradicionales de preparación de los alimentos, manteniendo sabores, ingredientes y prácticas similares a las del territorio ancestral. Preparar y compartir comida propia permite recrear la memoria del territorio y fortalecer los vínculos familiares y culturales.

Al respecto, el líder indígena Emir Carpio (comunicación personal, 2025), señala que, desde una visión ancestral del vivir bien, “hoy decimos vamos a comer un alimento preparado casi similar al del territorio, como alimentábamos ancestralmente; por lo menos hoy comemos un alimento propio, casi igual a como lo preparan allá: banano verde cocido, un pedazo de asado; así venimos preparando el alimento, y esto hace parte de la salud”. Estas prácticas contribuyen al desarrollo del cuerpo físico, mental y espiritual, y permiten desempeñar las actividades cotidianas.

De manera complementaria, la mayora Belenice Sobricama (comunicación personal, 2025), afirma, desde la cosmovisión cultural, que ciertos alimentos y prácticas “calientan el cuerpo humano y después de ocho días la persona se siente mejor; eso se hace como *monakha*”, término que remite a la noción de salud y equilibrio corporal desde el saber ancestral.

Para el Pueblo Wounaan Nonam, la felicidad también forma parte constitutiva de la salud. Tener vida, poder moverse y realizar las actividades diarias es condición fundamental para sentirse sano. Cuando una persona enferma y pierde la movilidad, se ve afectada no solo en lo físico, sino también en su alegría, su tranquilidad y su relación con el entorno. La imposibilidad de caminar, trabajar o participar en la vida comunitaria representa una ruptura del equilibrio que sostiene la salud. Así, los quehaceres cotidianos y la interacción con el entorno se entienden como principios esenciales del vivir y del estar sano.

Desde una visión cosmogónica ancestral, el sabedor Sercelinito Piraza (comunicación personal, 2025), expresa que mientras una persona está viva y puede moverse, se siente feliz porque tiene salud; sin embargo, cuando cae por problemas de salud, deja de cumplir compromisos y actividades, pues permanece en cama, limitada por la enfermedad. Esta comprensión no se circunscribe únicamente al cuerpo físico, sino que integra dimensiones

como el compartir, el acompañamiento, la conversación y la vida comunitaria. En este sentido, la lógica ancestral de la salud difiere de la concepción occidental, y debe ser respetada como parte esencial de la identidad cultural del pueblo Wounaan Nonam, ya que es lo que permite fortalecer su pervivencia cultural.

Esta visión integral es reafirmada por la autoridad Tailor Moya (comunicación personal,2025), quien señala que la salud —monakha u okhirjug— se expresa en múltiples dimensiones de la vida cotidiana: “cuando se siente solo eso también es salud; el compartir es salud; la muerte de una persona es salud; la emoción es salud; el cabildo es salud; la casa es salud; la unidad es salud; la asamblea es salud; el dormir es salud; la conversa es salud”. Estas expresiones evidencian que la salud se entiende como un estado relacional que atraviesa la vida social, emocional, espiritual y comunitaria.

Desde la cosmovisión ancestral del Pueblo Wounaan Nonam, la salud se transmite de generación en generación y se comprende de manera transversal. Para el pueblo, situaciones como la enfermedad, la envidia, la falta de respeto, la burla hacia una mujer o el embarazo en determinados contextos históricos forman parte de la noción de salud, en tanto afectan el equilibrio individual y colectivo. En este marco, los mayores son considerados en sí mismos como una expresión de salud, pues encarnan el respeto, el cuidado y el orden social.

La mayora Laura Chocho (comunicación personal,2025), compara la vida de antes con la vida actual y afirma que anteriormente existía menos envidia y mayor respeto; no se permitía la burla hacia una mujer, y el embarazo implicaba una responsabilidad social que fortalece el tejido comunitario. Para ella, estas prácticas constituían salud, y su debilitamiento en la actualidad afecta el bienestar colectivo. Asimismo, destaca que el cuidado ejercido por los mayores hacia sus hijos era entendido como una forma de salud, pues garantiza protección, orientación y equilibrio en la vida familiar y comunitaria (Chocho, 2025).

En términos generales, la comprensión de la salud desde la cosmovisión ancestral del Pueblo Wounaan Nonam está profundamente conectada con la relación entre el ser humano, la naturaleza y el mundo espiritual. Al respecto, Jensen Gómez (2014) señala que la medicina ancestral protege tanto el cuerpo como el espíritu, y constituye un componente esencial de la identidad cultural de los pueblos indígenas (p. 47). Esta concepción coincide con lo expresado en el Plan de Vida del Pueblo Wounaan y Siepien del Bajo San Juan, donde se afirma que la salud está ligada a la existencia y al poder de los espíritus que habitan los distintos planos de la cosmovisión, y que los principales mediadores entre las personas y estos seres son los médicos tradicionales (Plan de Vida del Pueblo Wounaan y Siepien del Bajo San Juan, 2000).

2.10.5. Enfermedad

Para el Pueblo indígena Wounaan Nonam, la comprensión de la enfermedad es de carácter transversal y se inscribe dentro de una mirada cosmogónica integral. La enfermedad no se concibe únicamente como una afección física, sino como una manifestación de desarmonía que atraviesa las dimensiones espiritual, emocional, relacional y material de la vida. En este marco, factores como la escasez económica y los estados emocionales son entendidos como formas de enfermedad, en tanto afectan el equilibrio vital de las personas y de la comunidad. Desde la cosmovisión ancestral Wounaan Nonam, estas situaciones no se interpretan como problemas aislados, sino como expresiones profundas de desequilibrio (Moya, comunicación personal,2025).

En este sentido, el gestor del equipo de caracterización, Dionicio Moya, resalta la centralidad del componente espiritual y emocional en los procesos de salud y enfermedad, especialmente en el contexto urbano, al señalar que “también debe tener en cuenta el tema espiritual, porque se enferman; emocionalmente se enferma; cuando no hay plata, la vida se enferma en la ciudad” (Moya, comunicación personal, 2025)

El Pueblo indígena Wounaan Nonam que actualmente habita en la ciudad de Bogotá ha experimentado transformaciones significativas en sus hábitos de vida y prácticas de cuidado, en comparación con aquellas que desarrollaba en su territorio ancestral. Las formas de relación con el entorno natural, el agua, el aire y el territorio eran sustancialmente distintas, lo que incidía de manera directa en su bienestar integral. Según los relatos comunitarios, en el territorio ancestral se vivía con mayor gozo y tranquilidad, dado que existían menores niveles de contaminación ambiental y, por ende, menos afectaciones a la salud.

Al respecto, la autoridad indígena Emir Carpio afirma que las enfermedades que actualmente aquejan a la población están estrechamente relacionadas con la contaminación del aire y con afecciones respiratorias, así como con los cambios en la alimentación, especialmente el consumo de productos procesados como el arroz y el aceite, los cuales no hacían parte de la dieta tradicional (Carpio, comunicación personal, 2025).

Tradicionalmente, los procesos de curación y sanación del pueblo Wounaan Nonam se realizaban a partir del uso de plantas medicinales ancestrales. Las enfermedades eran tratadas mediante conocimientos transmitidos de generación en generación, en estrecha relación con el territorio y la naturaleza. En este sentido, el líder indígena Emir Carpio destaca que “anteriormente las enfermedades se curaban con plantas medicinales” (Carpio, comunicación personal, 2025). Estas prácticas permitían restablecer los estados de armonía y equilibrio, y continúan siendo, en la actualidad, una expresión viva y significativa de la sabiduría ancestral del pueblo Wounaan Nonam.

La dinámica cultural asociada a la vivencia ancestral del buen vivir resalta que la enfermedad no solo afecta a la persona que la padece, sino que también limita la vida familiar y comunitaria. La enfermedad dificulta la transmisión de saberes, el diálogo intergeneracional y los procesos de enseñanza a niños y niñas, convirtiéndose en una barrera para la convivencia armónica y el equilibrio colectivo. Desde esta perspectiva, la enfermedad interrumpe la posibilidad de compartir, enseñar y vivir en plenitud, elementos fundamentales del buen vivir desde la cosmovisión ancestral.

Así, la enfermedad se comprende de manera amplia: la tristeza, la falta de armonía o la ausencia de alegría también son formas de enfermedad. Para el pueblo indígena Wounaan Nonam, estar enfermo implica una pérdida de vitalidad que afecta la capacidad de enseñar y de relacionarse con otros. En palabras de Emir Carpio, “cuando una persona está enferma ya no se comparte, ya no enseña y no se siente feliz; cuando tiene vida, se goza todo, pero si está enfermo no” (Carpio, comunicación personal, 2025).

Esta comprensión dialoga con lo planteado por Pachón et al. (2024), quienes señalan que la enfermedad es producto de una desconexión en las relaciones que el ser humano establece consigo mismo, con la familia, la comunidad, el territorio, la naturaleza y las fuerzas cósmicas. Desde esta mirada, la enfermedad surge como consecuencia de una desarmonía tanto física como espiritual.

En este marco interpretativo, el territorio es entendido como un espacio vivo que posee un mundo espiritual propio, habitado por seres que existen debajo de la tierra y en otros planos de la naturaleza. Para el pueblo indígena Wounaan Nonam, el territorio requiere procesos permanentes de sanación y curación espiritual, dado que la ruptura del equilibrio espiritual puede generar afectaciones en la salud de las personas. Algunas enfermedades, según los saberes ancestrales, se originan cuando se altera la relación armónica entre los seres humanos, el territorio y los seres espirituales que lo habitan, reafirmando así la centralidad del equilibrio como principio fundamental de la vida y la salud.

2.10.6 Medicina propia

Desde la cosmovisión ancestral del pueblo indígena Wounaan Nonam, la medicina propia constituye un eje fundamental de la vida cultural, espiritual y comunitaria. Esta medicina se entiende como un proceso integral de conexión con la naturaleza, especialmente con los árboles y las plantas medicinales, a través del cual se fortalecen la convivencia colectiva, el equilibrio espiritual y el bienestar físico. Su propósito no se limita a la curación de enfermedades, sino que busca brindar protección integral al cuerpo y al espíritu. En este sentido, la sabedora Laura Chocho señala que “cuando estamos vivos sí necesitamos plantas ancestrales para proteger lo físico y lo espiritual y que no hagan daños al cuerpo” (Chocho, comunicación personal, 2025).

Para el pueblo Wounaan Nonam que habita en la ciudad de Bogotá, la medicina ancestral ha sido conservada y transmitida de generación en generación como parte esencial de su identidad cultural. Estos saberes no pueden ser prohibidos ni desvinculados de la vida cotidiana, pues constituyen la base de los procesos de sanación física y espiritual. La medicina propia se mantiene viva gracias a la transmisión oral realizada por mayores, mayores y sabedores, quienes desde la niñez enseñan a las nuevas generaciones el uso responsable y respetuoso de las plantas medicinales. Asimismo, el uso continuo de la lengua nativa Wounmeu en los espacios familiares fortalece la preservación de estos conocimientos ancestrales y su sentido comunitario.

En este marco, la medicina ancestral es considerada uno de los pilares centrales de la cosmovisión Wounaan Nonam, especialmente en contextos de transición urbana, donde la comunidad recurre a sus propios procesos organizativos para sostener y fortalecer estos saberes frente a las limitaciones institucionales. Ramiro Piraza resalta que la medicina ancestral sigue siendo indispensable para la vida, al afirmar que “cuando estamos vivos, necesitamos plantas medicinales para hacer tratamientos”, recordando prácticas tradicionales de sanación observadas en el territorio (Piraza, comunicación personal, 2025).

Las plantas medicinales son comprendidas como seres vivos dotados de fuerza, energía y poder espiritual, con los cuales se establece una relación de respeto y comunicación. Por ello, su recolección está regulada por prácticas ancestrales como pedir permiso, hablarle a la planta y respetar los ciclos lunares, evitando la luna llena y privilegiando la luna menguante. Estas prácticas no son creencias aisladas, sino saberes milenarios transmitidos de forma continua.

Al respecto, el líder indígena Emir Carpio enfatiza que “las plantas medicinales ancestrales se escuchan, por eso antes de coger las hojas hay que pedir permiso y hablar con ellas” (Carpio, comunicación personal, 2025). Desde esta visión, la medicina propia reafirma

la relación armónica entre el ser humano, la naturaleza y el mundo espiritual, consolidándose como un fundamento del buen vivir del pueblo indígena Wounaan Nonam.

2.11. Pueblo Yanacona

2.11.1. Sistema de pensamiento propio

El sistema de pensamiento del Pueblo Yanacona se fundamenta en una comprensión relacional y espiritual de la vida. Como lo expresa una de las participantes del Círculo de la Palabra: “El cuerpo, la mente y el espíritu son como una mesa; si le falta una pata, tambalea. No podemos estar completamente sanos si alguna de estas partes nos está fallando, porque se afectan entre sí” (L. Carvajalino Palechor, círculo de la palabra, 22 de octubre de 2025). El origen y el orden del mundo no se explican desde una lógica fragmentada, sino desde la interdependencia entre los seres humanos, la naturaleza, los ancestros y las fuerzas espirituales que sostienen el equilibrio del universo y del ciclo vital del Runa Yanakuna¹². En este marco, la vida se rige por principios heredados de los mayores, que orientan el comportamiento individual y colectivo hacia el respeto, la reciprocidad y la armonía.

El sistema de pensamiento del Pueblo Yanacona se fundamenta entonces en una comprensión relacional, espiritual y comunitaria de la vida, en la cual el equilibrio constituye el principio orientador central, esto no se entiende como un estado fijo, sino como un proceso dinámico que se construye y se cuida de manera permanente en la relación entre el ser humano, la comunidad, el territorio y el mundo espiritual, la cita anterior expresa una visión integral del ser y del bienestar.

Otro eje que se repite de manera constante en la palabra comunitaria es la visión cíclica de la vida pues la existencia no se concibe de forma lineal, sino como un caminar en espiral, donde la salud y la desarmonía hacen parte de un mismo proceso de aprendizaje. Encontramos otro elemento estructural del pensamiento Yanacona y es la centralidad de la palabra y de los mayores como portadores y cuidadores del conocimiento, la palabra no cumple únicamente una función comunicativa, sino que tiene un carácter performativo y medicinal: orienta, armoniza y reconstruye el tejido comunitario. Los mayores y sabedores, a través del consejo y el ritual, guían la interpretación de los desequilibrios y acompañan los procesos de sanación, reafirmando que el conocimiento no es individual ni acumulable, sino colectivo y situado.

Este sistema de pensamiento encuentra respaldo y continuidad en desarrollos organizativos y políticos propios del pueblo Yanacona. De acuerdo con el Cabildo Mayor Yanakuna (2009), el SISPIY surge como respuesta a políticas públicas inconsultas que ponían en riesgo la integridad física y cultural del pueblo, y se define como un conjunto de orientaciones, programas y prácticas encaminadas al cuidado integral de la vida y el buen vivir, fundamentadas en relaciones de armonía y equilibrio con la Madre Tierra.

¹² La Cosmovivencia del Pueblo Yanakuna se vivencia y practica desde los momentos de vida cultural del Runa, fundamentados en la ley de origen, la sabiduría ancestral, la espiritualidad, los planes de vida; reafirmando el proceso político-organizativo, pedagógico y cultural en el fortalecimiento del Sumak Kawsay (Buen Vivir). Permitiendo la permanencia y pervivencia del Pueblo Yanakuna en el tiempo y en el espacio. *Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC. (2021). pag 31*

En esta línea, para el Pueblo Yanacona, no se habla estrictamente de salud y enfermedad, sino de equilibrio (kunakuy)¹³ y desarmonía (manchakuy)¹⁴. Esta distinción revela una epistemología propia que entiende el bienestar como un proceso dinámico, resultado de relaciones armónicas entre cuerpo, mente, espíritu, familia, comunidad y territorio. Cuando alguno de estos vínculos se rompe, se produce una alteración en el orden de la vida que se manifiesta como enfermedad.

Los símbolos ancestrales, como la chakana¹⁵ y la espiral, ocupan un lugar central en este sistema de pensamiento. La chakana representa el puente entre lo espiritual y lo terrenal, así como el tránsito entre los distintos estados de la vida, incluyendo la salud y la enfermedad. La espiral, por su parte, simboliza el caminar del ser Yanacona desde el nacimiento hasta la muerte, mostrando que la existencia es cíclica y que tanto la armonía como la desarmonía hacen parte del proceso de aprendizaje vital.

Este sistema de pensamiento constituye la base desde la cual el pueblo Yanacona interpreta las categorías de cuerpo, territorio, salud y enfermedad. No se trata de conceptos abstractos, sino de experiencias vividas y transmitidas a través de la palabra de los mayores, los rituales, la memoria colectiva y las prácticas cotidianas que mantienen vivo el conocimiento ancestral, incluso en contextos urbanos.

En síntesis, el sistema de pensamiento propio Yanacona se estructura alrededor de tres ideas recurrentes: el equilibrio como principio vital, la comprensión cíclica de la vida y la palabra de los mayores como guía del conocimiento. Estos elementos constituyen la base desde la cual el pueblo interpreta el cuerpo, el territorio, la salud y la desarmonía, y permiten comprender que su concepción de la vida integra de manera inseparable lo espiritual, lo comunitario y lo territorial, incluso en contextos urbanos como el de Bogotá.

2.11.2. Territorio

Para el Pueblo Yanacona, el territorio es mucho más que un espacio físico: es un ser vivo, una fuente espiritual y el lugar donde habitan los ancestros, los espíritus y las fuerzas que sostienen la vida entonces, desde esta comprensión el territorio no se concibe como un recurso, sino como un sujeto con el que se establece una relación de reciprocidad permanente. De la tierra provienen los alimentos, la medicina, el conocimiento y la energía necesaria para mantener el equilibrio individual y colectivo; por ello, cuidarla es una condición indispensable para el cuidado de la vida y la salud comunitaria.

Las voces recogidas en la comunidad reiteran que el territorio organiza la vida comunitaria y orienta los procesos de salud, esta idea se expresa en la experiencia cotidiana del territorio ancestral, donde las relaciones de vecindad, la cercanía con la naturaleza y el acceso directo a las plantas medicinales facilitan prácticas propias de cuidado y sanación. Como lo

¹³**Kunakuy - Equilibrio:** dar y recibir mantiene la armonía entre personas, comunidad y territorio.

¹⁴**Manchakuy** surge cuando algo está mal o puede estarlo: Cuando una persona rompe normas comunitarias, Cuando hay faltas de respeto, abusos o excesos y Cuando se afecta el territorio, la palabra o lo sagrado.

¹⁵ **La Chakana, o Cruz Andina:** es un símbolo milenario de la cosmovisión de los pueblos originarios, incluyendo al pueblo Yanacona, representando la conexión entre los mundos (terrenal y espiritual), el cosmos, la naturaleza y el ser humano, simbolizando el equilibrio, los ciclos de la vida y la sabiduría ancestral a través de sus escalones y puntos cardinales, siendo un ícono de identidad y resistencia indígena que marca el calendario agrícola y espiritual andino.

señala una comunera: “En el territorio uno tiene al vecino al lado, puede ir a preguntarle o pedirle una planta, pero aquí en la ciudad estamos más distanciados... uno termina buscando la medicina occidental” (L. Carvajalino Palechor, comunicación personal, 22 de octubre de 2025). En contraste, el contexto urbano introduce distancias físicas y simbólicas que fragmentan la vida comunitaria y generan una mayor dependencia del sistema de salud occidental.

No obstante, el pueblo Yanacona en Bogotá ha desarrollado diversas estrategias para recrear y resignificar el territorio en la ciudad, manteniendo viva su relación con la Allpa mama¹⁶, el fuego, la tupa simbólica, los rituales de armonización, los conversatorios, los talleres de fortalecimiento cultural y el cultivo de plantas medicinales en espacios domésticos se constituyen en prácticas de reterritorialización espiritual que permiten traer el territorio al presente urbano. Estas acciones no solo cumplen una función simbólica, sino que sostienen prácticas concretas de cuidado, memoria y transmisión del conocimiento ancestral.

Esta comprensión dialoga con lo planteado por el Cabildo Mayor Yanacona y el Programa de Salud Nación Yanakuna (2022), quienes señalan que el saber ancestral Yanacona permanece y emerge desde la memoria y el conocimiento, manteniendo una comunicación constante con la madre y el padre creadores, los espíritus guardianes y los dueños del espacio en el que habita el *runa yanakuna*, entendido como ser físico, mental, territorial y espiritual (p. 6). Desde esta perspectiva, el territorio no es un escenario externo al cuerpo, sino una dimensión constitutiva de la existencia y de la salud.

De este modo, el territorio se configura como una dimensión simbólica, emocional y política, pero también como memoria, identidad y resistencia. Su recreación en el contexto urbano evidencia la capacidad del pueblo Yanacona para adaptarse sin renunciar a su raíz ancestral, reafirmando que la salud propia sólo puede fortalecerse plenamente cuando se mantiene el vínculo con el territorio, incluso si este se expresa de manera espiritual, colectiva y recreada en la ciudad.

2.11.3. Cuerpo humano

En el pensamiento Yanacona, el cuerpo humano no se concibe como una entidad exclusivamente biológica, sino como un territorio sagrado donde convergen la memoria, la energía y la vida. El cuerpo es reflejo del territorio y del estado del espíritu; por ello, no puede comprenderse de manera aislada del entorno natural, social y comunitario. Esta comprensión encaja en lo que se ha observado en diversas cosmovisiones indígenas, donde el cuerpo es inseparable de la naturaleza y de las fuerzas que lo atraviesan: “para los pueblos indígenas, el cuerpo humano es un compuesto de los elementos agua, aire, tierra y fuego... el equilibrio entre lo espiritual y lo físico es lo que habla de salud o enfermedad” (Secretaría de Salud, 2025).

Las voces comunitarias coinciden en que el cuerpo, la mente y el espíritu funcionan como un todo interdependiente. Esta idea se sintetiza en la siguiente afirmación: “Entonces para mí estar sano es que nuestro cuerpo, espíritu y mente estén alineados” (F. Macías, círculo de la palabra, 22 de octubre de 2025). Cuando una de estas dimensiones se debilita, el equilibrio

¹⁶ **Allpa mama (Madre tierra):** entendida como ser vivo, sagrado y espiritual, origen y sostén de toda forma de vida. No es solo el suelo o el territorio físico, sino una entidad con cuerpo, espíritu y memoria.

general se ve afectado. Esta relación se hace especialmente visible en situaciones de malestar emocional o espiritual, como la depresión, donde la afectación de la mente repercute en el cuerpo y en la espiritualidad, generando desequilibrios que pueden derivar en enfermedad.

El cuerpo también se entiende en relación con los ciclos naturales, particularmente en las mujeres, el ciclo menstrual se vincula con las fases de la luna, y el desconocimiento o irrespeto de estos ritmos se asocia con desarmonías físicas y energéticas, esta vinculación con los ciclos de la naturaleza representa una visión colectiva del cuerpo como parte de un todo cósmico, más allá de una perspectiva biomédica individual.

Asimismo, la alimentación ocupa un lugar central en el cuidado del cuerpo, tal como lo expresa un participante del proceso: “El cuerpo debe estar bien físicamente y para que esté bien, se debe alimentar bien y en lo posible con alimentos propios de nuestro pueblo Yanacona” (C. Moreno, comunicación personal, 22 de octubre de 2025). Aquí se evidencia cómo las prácticas alimentarias propias constituyen también una forma de sostener la vida corporal y espiritual.

En el contexto urbano, el cuerpo experimenta transformaciones y tensiones asociadas a la vida en la ciudad: cambios en la alimentación, estrés, contaminación y distanciamiento de la naturaleza. Estas condiciones pueden generar una sensación de desconexión que afecta el equilibrio corporal en su profundidad relacional, frente a lo dicho, el pueblo Yanacona adapta sus prácticas de cuidado corporal mediante rituales, armonizaciones y el uso simbólico de elementos naturales, reafirmando que el cuerpo es un espacio de resistencia cultural y de afirmación identitaria. En estas prácticas se expresa una comprensión del cuerpo que articula experiencia sensorial, historia de vida y relación con el entorno, más allá de sus aspectos físicos aislados.

En definitiva, el cuerpo humano, desde el pensamiento Yanacona, se configura como un espacio vivo y relacional donde se expresan de manera integrada la memoria, el territorio, el espíritu y la vida comunitaria. Los relatos recogidos evidencian patrones reiterados que conciben el cuerpo como un todo indivisible, en permanente diálogo con los ciclos naturales, la alimentación propia y el equilibrio emocional y espiritual; en el contexto urbano, aunque este equilibrio se ve tensionado por las dinámicas de la ciudad, el pueblo Yanacona recrea y resignifica sus prácticas de cuidado corporal como formas de resistencia y afirmación identitaria. Así, el cuerpo no solo es un lugar donde se manifiesta la salud o la desarmonía, sino también un territorio de memoria y continuidad cultural, desde el cual se sostiene y proyecta la vida del pueblo Yanacona en Bogotá.

2.11.4. Salud

La salud, desde la visión del Pueblo Yanacona, se define como un estado de armonía entre el cuerpo, el espíritu, la mente, la comunidad y la naturaleza. Esta concepción se reafirma en la palabra comunitaria cuando se señala que “para mí la salud es una armonía entre el ser humano y la naturaleza o el medio que nos rodea, porque lo que nos rodea también nos cura” (D. Chicangana, círculo de la palabra, 22 de octubre de 2025).

No se trata de un estado permanente ni absoluto, sino de un equilibrio dinámico que se construye y se cuida a lo largo de la vida. Estar sano implica mantener relaciones respetuosas y solidarias con la familia y la comunidad, así como una conexión espiritual con el entorno. La

salud se cultiva a través de prácticas cotidianas como la palabra compartida, el agradecimiento a los elementos, los rituales de armonización y el cuidado mutuo. Desde esta perspectiva, el bienestar individual no puede separarse del bienestar colectivo.

En Bogotá, la experiencia de la salud se ve atravesada por procesos de adaptación, pues aunque la distancia del territorio ancestral limita ciertas prácticas, la comunidad mantiene vivas otras formas de cuidado que permiten sostener el equilibrio. Los encuentros comunitarios, los círculos de palabra y las acciones colectivas de apoyo se convierten en estrategias fundamentales para preservar la salud en el contexto urbano.

La salud Yanacona, por tanto, puede entenderse como una práctica de vida orientada al Sumak kawsay¹⁷, en la cual el equilibrio entre el cuerpo, la comunidad, el territorio y la espiritualidad constituye el principio fundamental del bienestar. Cuidarse a sí mismo implica, de manera inseparable, cuidar a los otros y sostener una relación armónica con la Madre Tierra, incluso en contextos urbanos donde el territorio ancestral no está físicamente presente. En Bogotá, este equilibrio se recrea a través de prácticas comunitarias como el círculo de la palabra, los rituales de armonización, el uso simbólico del fuego y el cultivo de plantas medicinales, que permiten mantener viva la salud propia en medio de las dinámicas de la ciudad.

Esta concepción desafía los enfoques individualistas y biomédicos de la salud, y se inscribe en una visión integral, relacional e intercultural, coherente con los principios del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural Yanakuna –SISPIY–, que concibe la salud como un proceso ligado al territorio, la vida comunitaria y la pervivencia cultural del pueblo Yanacona (Cabildo Mayor Yanakuna, 2009; Consejo Regional Indígena del Cauca & Programa de Educación Bilingüe Intercultural, 2022).

2.11.5 Enfermedad

La enfermedad, en el pensamiento Yanacona, se comprende como una desarmonía o ruptura en el tejido de la vida o los ciclos vitales del runa. De manera clara, una de las participantes señaló que “la enfermedad es una desarmonía que puede estar a nivel personal, familiar o comunitario; cuando uno se desarmoniza, la comunidad también entra en un proceso de cuidado y sanación” (L. Carvajalino Palechor, entrevista, 22 de octubre de 2025). No se concibe únicamente como una alteración física, sino como el resultado de desequilibrios espirituales, emocionales, familiares, comunitarios o territoriales.

Cuando una persona se desarmoniza, la afectación trasciende el ámbito individual y compromete a la familia y a la comunidad; por esta razón, la sanación no es un proceso aislado, sino colectivo. La comunidad entra en un ejercicio de cuidado y acompañamiento que busca restablecer el equilibrio perdido.

En el contexto urbano, la enfermedad se asocia también al desarraigo territorial y cultural, así como lo expresa una comunera al afirmar que “la enfermedad para nosotros como indígenas está ligada a no tener territorio y a que la ciudad siempre está desarmonizando nuestro cuerpo y nuestra mente” (L. Tintinago, comunicación personal, 22 de octubre de 2025).

¹⁷ **Sumak Kawsay – Buen vivir:** plenitud, armonía, bueno, convivir, vida, existencia, retoma los principios de la ley de origen e identidad del pueblo Yanacona en sincronía con todo lo existente en lo que se ve y no se ve, en los lugares encantados bravos y mansos a través de ceremonias y rituales Yanaconas.

La vida en la ciudad, caracterizada por la fragmentación social, la alimentación industrializada y la desconexión con la naturaleza, es percibida como un factor que desarmoniza el cuerpo y el espíritu. Frente a ello, la comunidad recurre tanto a la medicina occidental como a la medicina propia, reconociendo que cada una tiene un ámbito de acción específico.

La enfermedad, lejos de entenderse como castigo, se asume como una señal que invita a revisar las relaciones y a reordenar la vida y por otro lado sanar implica volver a la palabra, al ritual, a la memoria y al vínculo con el territorio. Desde esta mirada, la desarmonía se transforma en una oportunidad de aprendizaje y de fortalecimiento comunitario. Desde el pensamiento Yanacona, la enfermedad o desarmonía no se concibe como un hecho aislado ni exclusivamente biológico, sino como una ruptura en el equilibrio que sostiene la vida colectiva. Esta desarmonía emerge cuando se debilitan las relaciones con el territorio, la comunidad, la familia o el propio espíritu, y por ello sus efectos trascienden al individuo e involucran al conjunto del pueblo.

En la vida urbana estas rupturas se profundizan debido al desarraigo territorial, la fragmentación comunitaria y la adopción de dinámicas propias de la ciudad, lo que configura nuevas formas de malestar físico, emocional y espiritual, si bien, los procesos de salud–enfermedad han sido permeados por la mirada occidental y por presiones institucionales, el pueblo Yanacona conserva una explicación propia de la enfermedad, sustentada en una etiología que articula los elementos naturales, sociales y espirituales del territorio (Lopera Medina, Henao Restrepo & Anacona Palechor, 2023, p. 3).

En este sentido, la sanación no se orienta únicamente a la eliminación de síntomas, sino a la restauración del equilibrio y de los vínculos que sostienen la vida, mediante la palabra, el acompañamiento comunitario, los rituales de armonización y la medicina propia, reafirmando la desarmonía como un llamado a recomponer el tejido vital del pueblo Yanacona.

2.11.6. Medicina Propia

Para el Pueblo Yanacona, la medicina propia constituye un conjunto de saberes, prácticas y orientaciones ancestrales destinadas a restablecer y mantener el equilibrio de la vida, no se limita al tratamiento de síntomas físicos, sino que se orienta a armonizar de manera integral el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la comunidad y el territorio. Desde esta visión, la medicina propia se inscribe en el sistema de pensamiento Yanacona y se fundamenta en una relación de reciprocidad con la allpa mama, de donde provienen las plantas, el agua, el fuego y los elementos espirituales necesarios para el cuidado de la vida.

Los relatos recogidos en los círculos de la palabra evidencian patrones reiterados que permiten identificar la medicina propia como un proceso colectivo, preventivo y relacional. En este sentido, la sanación no es una acción individual ni exclusivamente técnica, sino un camino que involucra la palabra, el acompañamiento familiar y comunitario, el consejo de los mayores y la orientación de los sabedores. La comunidad reconoce que la medicina propia busca, ante todo, restablecer la armonía cuando ésta se ha visto afectada por desequilibrios físicos, emocionales, espirituales o territoriales.

Un elemento central de la medicina propia es el uso de las plantas medicinales, cuyo conocimiento se transmite de generación en generación y está profundamente ligado al territorio ancestral, tal como lo expresa una comunera: “sé que no estamos en el territorio, pero

yo cuando voy allá trato de traer plantas medicinales, que no es lo mismo cuando uno compra en la plaza de mercado, y con esas plantas alivio enfermedades leves a mis hijos y a mí” (M. S. Palechor, comunicación personal, 22 de octubre de 2025). Esta práctica evidencia que la medicina propia no solo se sustenta en la planta en sí, sino en el vínculo espiritual, simbólico y territorial que la acompaña.

En el contexto urbano de Bogotá, la práctica de la medicina propia enfrenta limitaciones asociadas al acceso restringido al territorio, a la pérdida de espacios naturales y a la presión del sistema de salud occidental, no obstante, el Pueblo Yanacona ha desarrollado estrategias para adaptarla y recrearla en la ciudad, manteniendo su sentido profundo. El uso doméstico de plantas medicinales, los rituales de armonización, los espacios de palabra, el fuego y la tulpá simbólica se consolidan como prácticas que permiten sostener la medicina propia en un entorno urbano, aun cuando no se cuente plenamente con las condiciones del territorio de origen.

Desde una perspectiva más amplia, la medicina propia Yanacona dialoga de manera crítica con la medicina occidental; si bien la comunidad reconoce la utilidad del sistema biomédico para ciertos tratamientos, este no sustituye la medicina propia, pues responde a una lógica distinta, centrada en el individuo y en la enfermedad como evento aislado. En contraste, la medicina propia comprende la enfermedad como desarmonía y, por tanto, orienta sus prácticas a recomponer las relaciones que sostienen la vida, tanto a nivel personal como comunitario y territorial.

Por lo anterior, la medicina propia del Pueblo Yanacona se configura como un pilar fundamental de su salud colectiva y de su pervivencia cultural. Su práctica reafirma el vínculo con la allpa mama, la centralidad de la palabra y el papel de los mayores y sabedores, incluso en el contexto urbano. De este modo, la medicina propia no solo cumple una función terapéutica, sino también política, cultural y espiritual, al fortalecer la identidad, la memoria y la continuidad del pueblo Yanacona en Bogotá.

2.12. Pueblo Eperãrã Siapidaara

2.12.1. Sistema de pensamiento propio

Para comprender el origen del pueblo como se describe en el mito de origen de la cosmovisión, sistemas productivos y medicina tradicional Eperãrã Siapidaara (2023), es fundamental recurrir a los relatos que transmiten su cosmovisión. Según la tradición Eperãrã Siapidaara, al inicio el mundo estaba vacío, sin agua, seres humanos, ni animales. La primera presencia fue *Tachi Nawe*, quien apareció en la playa del Baudó. Sin haber tenido contacto con ningún hombre, quedó embarazada y dio a luz a *Tachi ak’ore*, un niño que creció consciente de la soledad del mundo y con el deseo de poblar la tierra.

Según, Dura (comunicación personal, 2025) "para nosotros como pueblo Eperãrã Siapidaara, yo entiendo que siempre los mayores nos han enseñado primero que todo a vivir en comunidad, compartiendo sin nada de envidia, e porque así nuestra mayora que es la *Tachi Nawe* nos ha aconsejado que tenemos que vivir así en armonía conjuntamente, para vivir como pueblo Eperãrã Siapidaara en armonía.”

Por consiguiente, el sistema de pensamiento del pueblo Eperãrã Siapidaara constituye una ontología de la relación, donde el mito de Tachi Nawe¹⁸ trasciende lo narrativo para establecerse como un sistema de gobernanza y pedagogía sagrada. Al ser la madre originaria y creadora autónoma que ordena el territorio sin intermediación, su figura instituye una matriarquía espiritual que define el liderazgo como una autoridad de cuidado y cohesión social. Bajo esta lógica, valores como la solidaridad y la ausencia de envidia no son meras sugerencias éticas, sino mandatos ancestrales no negociables; su cumplimiento es la única garantía de equilibrio frente a las rupturas del orden cosmogónico que generan la enfermedad o el conflicto. Así, la identidad Eperãrã Siapidaara se consolida en una triada indisoluble donde la memoria sagrada de los mayores, la armonía comunitaria y la integridad del territorio se fusionan, transformando la tradición en una herramienta política de resistencia y bienestar colectivo que asegura la pervivencia del pueblo frente a las presiones externas.

De acuerdo con lo anterior, la cosmovisión del pueblo Eperãrã Siapidaara se fundamenta en el origen sagrado y matriarcal de *Tachi Nawe*, la madre creadora y guía espiritual cuyas enseñanzas ancestrales dictan una ética de convivencia basada en la armonía comunitaria, la solidaridad y el respeto mutuo. Esta visión integral concibe la salud no solo como bienestar físico, sino como un equilibrio espiritual que depende de una relación armónica con la naturaleza y la práctica de rituales tradicionales. Todos estos aspectos se entrelazan de manera inseparable con el territorio, considerado un eje vital y sagrado donde habitan los espíritus y se encuentra la medicina propia, siendo su preservación fundamental para la continuidad cultural del pueblo.

2.12.2. Territorio

El territorio se define como un organismo vivo e integral donde "cuidar el territorio es cuidar la vida misma", constituyéndose en el pilar esencial de la salud y la protección comunitaria. Lejos de ser un simple espacio geográfico, actúa como un "botiquín natural" de donde emerge la sanación física y espiritual, ya que "hay variedad de plantas medicinales" Dura. (2025) son fundamentales para tratar desde patologías crónicas hasta enfermedades del espíritu. Sin embargo, esta conexión vital enfrenta tensiones críticas en contextos urbanos como Bogotá, donde la carencia de un "espacio sagrado" y las limitaciones de vivir "en arriendo" Dura (comunicación personal, 2025) restringen el ejercicio de sus prácticas ancestrales, obligando al pueblo a desarrollar adaptaciones rituales para preservar su espiritualidad y el vínculo con su origen a pesar del desplazamiento.

Para el pueblo Eperãrã Siapidaara, el territorio no es solo un espacio geográfico, sino un sistema de salud preventivo basado en la pureza de sus ciclos biológicos. La comunidad sostiene que la tierra fértil posee una vitalidad intrínseca que "no necesita abonos artificiales" Valencia (comunicación personal, 2025), permitiendo una producción de alimentos libre de agentes externos. Esta agricultura orgánica ancestral garantiza una dieta "más natural y de la

¹⁸ *Tachi Nawe* es la figura central de la cosmovisión Eperara y de su estructura social, opera simultáneamente como deidad celeste y como modelo de liderazgo terrenal. En el plano espiritual, es la Madre Luna, una fuerza femenina creadora que habita en el mundo de arriba y simboliza la energía que ordena el territorio y la vida, mediando entre los diferentes mundos y guiando a la comunidad bajo los principios de armonía y respeto. Esta autoridad espiritual se encarna en la tierra a través de las *Tachi Nawe*, un selecto grupo de mujeres sabias que ostentan el título de "Nuestra Madre" y actúan como "Gobierno del Amor", encargándose de transmitir la memoria ancestral y asegurar el equilibrio espiritual y social del pueblo a través del consejo y la oralidad.

tierra" que, según los sabedores, actúa como una barrera biológica que "disminuye las enfermedades" crónicas y degenerativas modernas (Alarcón, comunicación personal, 2025).

Por consiguiente, la relación entre el pueblo Eperã Siapidaara y su entorno revela que el territorio no es un espacio físico limitado, sino una extensión del cuerpo y la memoria colectiva que sostiene la identidad incluso en la adversidad del contexto urbano. Para esta comunidad, de acuerdo con T. Valencia, (comunicación personal, 2025) la geografía ancestral está habitada por "espíritus que guían y protegen al pueblo", lo que implica que el bienestar del cuerpo físico depende de la conexión con estos seres; por ello, en la ciudad, el pueblo ejerce una reapropiación crítica del espacio, buscando características biofísicas específicas como ríos o piedras que actúan como portales o "conexiones con el territorio" de origen (T. Valencia, comunicación personal, 2025).

Esta flexibilidad no es una simple asimilación, sino una estrategia de pervivencia cultural donde el territorio se traslada en la memoria para garantizar "usos y costumbres" en sitios alejados del ruido citadino. La urgencia de los mayores por mantener estos rituales subraya que la identidad Eperã Siapidaara es una construcción viva que, de no hallar ecos del territorio en la ciudad, corre el riesgo de "extinción", pues para ellos, la vida solo es posible si existe un lugar físico o simbólico donde la cosmogonía pueda ser practicada y transmitida a las nuevas generaciones (T. Valencia, comunicación personal, 2025).

Por otro lado, se establece una conexión directa entre el arraigo territorial y la longevidad, señalando una ruptura generacional causada por el desplazamiento o la alteración de los hábitos alimenticios: "anteriormente los mayores vivían por largos años ya que vivían siempre en el territorio" (T. Valencia, comunicación personal 2025). Esta afirmación sugiere que la salud para el Pueblo Eperã Siapidaara es el resultado de un equilibrio químico y espiritual con el entorno; al alejarse de la "alimentación natural y sin químicos", se produce un debilitamiento de la fuerza vital del individuo.

De este modo, el territorio se comprende no sólo como el espacio físico donde la comunidad vive, sino como un ser vivo que acompaña, orienta y sostiene los procesos culturales, espirituales y sociales que dan sentido a la existencia Eperã Siapidaara. En él se entrelazan la memoria, la historia y las fuerzas que garantizan la continuidad de la vida del pueblo. A partir de esta relación profunda con la tierra, emerge también una comprensión particular del cuerpo humano, entendido como una extensión del territorio y como un espacio donde se manifiestan las energías, los aprendizajes y los equilibrios que mantienen la armonía individual y colectiva. Por ello, pasar del territorio al cuerpo no implica un cambio de dimensión, sino reconocer que ambos forman parte de un mismo tejido de vida interdependiente.

En este sentido, para el pueblo Eperara Siapidara el territorio y la espiritualidad constituyen una unidad indisoluble que se ve fracturada en el contexto urbano de Bogotá, donde la imposibilidad de celebrar festividades sagradas como San Juan limita la vivencia de una cosmogonía heredada tradicionalmente mediante la práctica colectiva. Según Corape (2005), es en estas celebraciones donde las nuevas generaciones aprenden el significado del ser Eperara y reciben el consejo de figuras clave como la Tachi Nawe, por lo que la ausencia de los espacios ancestrales obliga a los líderes y jaipanas a refugiarse en la oralidad para evitar la extinción de su memoria espiritual (p. 29).

Ante esta nostalgia territorial, la comunidad ha reconfigurado su espacio sagrado mediante la resiliencia cultural en la huerta del Colegio José Joaquín Castro Martínez (San Cristóbal), transformando este entorno urbano en un centro de conexión con la medicina propia; este ejercicio de siembra, como señala Valencia (2025), no es un acto meramente agrícola, sino una resistencia espiritual que permite orientar a los jóvenes en el respeto a sus raíces. De este modo, el territorio se consolida como la matriz insustituible que sostiene la vida, pues, lejos de ser un simple entorno geográfico, constituye la fuente de inmunidad donde la memoria de los ancestros y el mandato de armonía de la Tachi Nawe se entrelazan para garantizar la pervivencia del pensamiento propio y la continuidad de su existencia como comunidad diferenciada en la ciudad.

2.12.3. Cuerpo humano

Para el pueblo Eperã Siapidaara, el cuerpo humano es un foco de intersección donde convergen la moralidad comunitaria, la cosmología espiritual, las prácticas ancestrales y la historia mítica. Los Eperã Siapidaara ven el cuerpo como una totalidad integral y relacional, siendo visto como un sistema interconectado. El cuerpo y su salud refleja el estado del alma espiritualmente, esta depende directamente de su relación armoniosa con el entorno natural.

En tal sentido Puama Tobar, (2017) manifiesta que “Con el cuerpo, se puede medir el tiempo, tenemos un reloj biológico dentro de nosotros mismo de acuerdo con el ambiente donde nos encontremos, pues el cuerpo se conecta al lugar donde realizamos nuestras actividades cotidianas y espirituales” (p.69). Es decir, el cuerpo Eperã Siapidaara es un organismo sensible y perceptivo que interactúa activamente con su entorno. La noción de un "reloj biológico" que se sincroniza con el "ambiente" y las "actividades cotidianas y espirituales" sugiere una profunda conciencia ecológica y corporal. El cuerpo no solo habita un espacio, sino que se "conecta" a él, y esta conexión define su ritmo interno, lo que refuerza su cosmovisión.

Por consiguiente, para el pueblo Eperã Siapidaara Siapidara, el cuerpo no constituye una entidad física aislada, sino un tejido integral donde convergen lo material, lo emocional y lo espiritual en conexión absoluta con el territorio. Esta concepción trasciende lo individual, pues el equilibrio corporal y la salud del alma son el reflejo directo de la calidad de la convivencia comunitaria; así, el vivir en armonía, compartir sin envidia y seguir la palabra de los mayores bajo el mandato de Tachi Nawe no son simples normas sociales, sino requisitos biológicos y espirituales para el bienestar. En este sistema de pensamiento, la unidad y la cooperación actúan como fuerzas reguladoras de la energía vital, de modo que el cuerpo humano se entiende como una extensión del cuerpo social y territorial, donde la armonía colectiva garantiza la integridad y la salud de cada individuo.

Para finalizar, el cuerpo humano, para la comunidad Eperã Siapidaara, es un espacio donde confluyen lo físico, lo espiritual y lo emocional, y donde se manifiesta la conexión de cada persona con su territorio y con las fuerzas que lo habitan. Su equilibrio depende tanto de las energías internas como de las relaciones que se tejen en la vida cotidiana. Desde esta comprensión profunda del cuerpo surge la idea de salud, concebida como un estado de armonía integral que se fortalece a través de prácticas culturales, saberes ancestrales y acciones colectivas orientadas al bienestar comunitario.

12.2.4. Salud

Para el pueblo Eperã Siapidaara, la salud no se limita al bienestar físico, sino que se entiende como un equilibrio integral que conecta cuerpo, mente, espíritu, comunidad y territorio. Esta concepción integral se refleja en la importancia de la armonía espiritual y cultural, la alimentación tradicional libre de químicos y procesados, y el respeto por la naturaleza y las relaciones comunitarias. Es decir que la salud en la cosmovisión Eperã Siapidaara trasciende lo físico, integrando la medicina tradicional, los conocimientos ancestrales y las prácticas comunitarias como elementos esenciales para mantener el bienestar individual, familiar y colectivo, tanto en el territorio ancestral como en contextos urbanos como Bogotá. Cabe destacar que la salud en la cosmovisión Eperã Siapidaara trasciende lo físico, integrando la medicina tradicional, los conocimientos ancestrales y las prácticas comunitarias como elementos esenciales para mantener el bienestar individual, familiar y colectivo, tanto en el territorio ancestral como en contextos urbanos como Bogotá.

La salud en el pueblo Eperã Siapidaara está intrínsecamente ligada a la continuidad de las prácticas dietéticas y preventivas tradicionales. Como señala Dura (comunicación personal, 2025), la salud consiste en "consumir bebidas naturales" y orientar a los jóvenes sobre una alimentación que actúe como escudo ante la enfermedad; de lo contrario, el desconocimiento sobre el uso de plantas efectivas para tratar condiciones como el parasitismo debilita la integridad física de las nuevas generaciones. Por consiguiente, la transmisión de estos conocimientos ancestrales no es solo un acto cultural, sino una necesidad clínica para evitar el deterioro biológico que surge al sustituir la medicina propia por productos comerciales.

Desde una perspectiva normativa y organizacional, el bienestar se fundamenta en un sistema propio de cuidado que integra la espiritualidad y el territorio. Según el Plan de Salvaguarda Siapidara (Auto 004 de 2009) y el Plan de Vida (2020), la salud es el resultado de la interacción armónica entre la orientación de los sabedores, la alimentación tradicional y la conexión con los espacios espirituales. Estos instrumentos recalcan que el bienestar no es un estado estático, sino una construcción colectiva sostenida por la transmisión de saberes que garantizan la protección del equilibrio vital.

Por consiguiente, el bienestar trasciende lo físico para nutrirse de la participación en prácticas estéticas y sagradas. Según el documento Ciclo de vida y procesos de formación (2012), la música, la danza y los rituales liderados por la Tachi Nawe, las cantoras y los Jaipanas son ejes esenciales de sanación. El uso de instrumentos sagrados como la tambora (T'ondoo), la flauta SIRU y la maraca (jaarara) permite la armonización del cuerpo y el espíritu durante la danza del K'ari chipari. Estas expresiones culturales no son meramente ornamentales; constituyen una fuente de equilibrio emocional y protección espiritual que, al conectar al individuo con su memoria ancestral, refuerza la fortaleza comunitaria y mantiene la vida en armonía.

Finalmente, para el pueblo Eperã Siapidaara la salud se comprende como un estado de equilibrio integral, donde el bienestar físico, emocional, espiritual y comunitario se encuentran profundamente interrelacionados. Más que la ausencia de dolencia implica vivir en armonía con el territorio, respetar las normas y prácticas culturales, mantener relaciones adecuadas y conservar un pensamiento sereno. Así, la salud se vive como equilibrio con uno mismo, con los otros, con el entorno y con el mundo espiritual; un proceso colectivo y ancestral sostenido por la medicina tradicional, la palabra de los mayores y la continuidad de sus saberes.

2.12.5. Enfermedad

Para el pueblo Eperãrã Siapidaara, la enfermedad se origina en la ruptura del equilibrio nutricional provocada por el consumo de productos alterados. La comunidad sostiene que los alimentos provenientes de fuera del territorio introducen químicos y sustancias artificiales que debilitan el cuerpo y alteran su funcionamiento natural. Un ejemplo crítico de este desbalance es la aparición de patologías antes desconocidas, como la diabetes, vinculada directamente a la ingesta de azúcares procesados. Al respecto, Alarcón (comunicación personal, 2025) subraya que esta transición alimenticia altera el organismo de tal forma que los cuerpos pierden su resistencia ancestral, convirtiendo a la dieta externa en la causa principal de las nuevas afecciones que padece el pueblo.

En la cosmovisión del pueblo Eperãrã Siapidaara, la enfermedad es vista como una desarmonía espiritual, donde el espíritu no está completamente en el cuerpo, llevando a una pérdida de fuerza vital y cambios en el pensamiento. Este desequilibrio se intensifica cuando las familias llegan a la ciudad por primera vez. El impacto ambiental y físico les afecta, incluyendo la alimentación, el agua, el aire y el clima, a lo que el cuerpo no está acostumbrado, así como a la contaminación urbana y sus dinámicas. Esto puede generar conflictos sociales y espirituales en algunas familias al llegar a la ciudad, lo que puede causar desarmonías cuando surgen tensiones o actos percibidos como negativos. En su cosmovisión, tales acciones pueden tener consecuencias en la persona, la familia y la comunidad.

Por consiguiente, para el pueblo Eperãrã Siapidaara, la enfermedad tiene una raíz profundamente comunitaria y moral, originándose cuando se fractura la unidad del grupo. La armonía se rompe al adoptar pensamientos individualistas o costumbres ajenas al mundo indígena, pues el alejamiento del sentido colectivo debilita el equilibrio espiritual y social que sostiene al individuo. Bajo esta lógica, el bienestar depende de la rectitud en el actuar y pensar en conjunto; de lo contrario, la persona queda vulnerable ante "espíritus malos" o fuerzas negativas derivadas de conflictos internos. Como afirma Dura (comunicación personal, 2025), la enfermedad puede ser el resultado de "maldades" o ataques espirituales que aprovechan la debilidad moral y la desunión para perseguir y enfermar al sujeto, reafirmando que la salud es, ante todo, el reflejo de una convivencia ética y solidaria.

En este marco, la enfermedad para el pueblo Eperãrã Siapidaara Siapidara se entiende como una ruptura del equilibrio, un desorden que puede originarse en el cuerpo, en las emociones, en el entorno o en la relación con el mundo espiritual. No se trata únicamente de síntomas físicos, sino de una alteración más profunda que afecta la armonía personal y comunitaria. Por ello, reconocer una enfermedad implica identificar qué se descuidó y qué fuerzas intervienen en la fractura del bienestar integral.

2.12. 6. Medicina Propia

Para el pueblo Eperãrã Siapidaara Siapidara, la medicina ancestral es un sistema de vida integral transmitido generacionalmente desde el origen del mundo para garantizar la pervivencia física y espiritual. Este saber es administrado por figuras sagradas como la Tachi Nawe, el Pildecero y el Jaipana, quienes actúan como mediadores entre los tres mundos de su cosmogonía para restablecer la armonía. En este sistema, el médico ancestral funciona como

"un ecógrafo" capaz de diagnosticar enfermedades físicas (como fiebre, cáncer o diabetes) y afecciones del espíritu. Dura, (comunicación personal, 2025). La curación implica, por tanto, una protección profunda que inicia desde la niñez mediante rezos para asegurar la "sombra" o fuerza vital frente a amenazas como el mal de ojo o espíritus negativos que causan desequilibrio.

El bienestar emocional, que incluye el abordaje de la tristeza, la depresión y la ansiedad, se trabaja mediante baños y rituales realizados por yerbateros en espacios que, idealmente, deben estar libres de la contaminación urbana (Valencia, comunicación personal, 2025). Para estos procesos de sanación, el pueblo emplea elementos sagrados que cumplen funciones distintas a las concebidas desde la medicina occidental. En este sentido, la medicina ancestral se constituye como un mecanismo de resistencia indígena que fortalece la relación con la naturaleza. Como señalan Moya Tovar y Moña (2012), el uso milenario de plantas medicinales y la espiritualidad ha permitido a los pueblos indígenas adaptarse a nuevos desafíos sin perder su identidad, manteniendo como propósito central la restauración del equilibrio entre el cuerpo, la memoria ancestral y el territorio.

Por consiguiente, la medicina propia es un pilar de su identidad colectiva y un mecanismo vital para su pervivencia física y cultural. Moya Tovar y Moña T. (2012) indican que "en la cosmovisión Sia, la comunidad conserva los conocimientos de plantas medicinales a través de las prácticas culturales y de la espiritualidad, fortalecemos la resistencia indígena, en la convivencia y relación con la madre naturaleza. Mecanismo que desde tiempos milenario vienen construyendo conocimientos en el uso de plantas medicinales". (p.53). La medicina propia Eperãrã Siapidaara es un sistema de vida integral, vital y resiliente, que se adapta a los nuevos desafíos mediante el diálogo intercultural, siempre con el objetivo principal de mantener la armonía del pueblo, su identidad cultural y su pervivencia en el territorio. Así mismo Valencia (comunicación personal, 2025) indica lo siguiente:

En nuestras costumbres como venimos trabajando, ya sabemos el paciente cuando se enferma, qué enfermedad tiene y así mismo se acude al médico ancestral, (...) se acude al médico ancestral y él hace la curación de eso. (...) El pildecero identifica la enfermedad y para nosotros es muy importante porque trabaja de la mano con el médico ancestral de esa forma ellos van y detectan diferentes enfermedades y así mira si es de Jaipana (médico ancestral) o médico occidental y así se puede tratar el cuerpo o espíritu.

En este marco, se muestra que la comunidad Eperãrã Siapidaara posee un sistema completo y eficaz para su contexto cultural. El diagnóstico diferencial es fundamental para la supervivencia del paciente, y la comunidad ha desarrollado protocolos claros sobre cuándo usar la medicina ancestral versus la occidental, reconociendo que cada una tiene su ámbito de acción específico. Por otro lado, en el contexto de la curación y protección del cuerpo, las actividades rituales se realizan sin ropa porque se considera que los espíritus necesitan el cuerpo despejado. La vestimenta genera bloqueos que impiden que el jaipana (médico ancestral) pueda identificar la desarmonía del paciente durante el diagnóstico. En estos rituales, la única prenda permitida es la paruma. Adherirse a esta práctica se considera fundamental para asegurar que el ritual de sanación sea exitoso.

Según testimonios de algunos participantes, en Bogotá no se realiza esta práctica para la limpieza y protección del cuerpo. Las razones incluyen que la tachi nawe no se encuentra en la ciudad, los espacios no son los adecuados y el clima de Bogotá no es propicio para llevar a cabo el ritual en su forma tradicional. Aunque a veces se intentan hacer adaptaciones, se considera que estas no alcanzan la misma efectividad porque no se cumplen todos los pasos esenciales del proceso para la protección y curación del cuerpo.

Así, la medicina propia del pueblo Eperārã Siapidaara es un pilar fundamental para la pervivencia cultural, espiritual y comunitaria. Más que un conjunto de prácticas curativas constituye un sistema integral de conocimiento que orienta la vida, fortalece la identidad y mantiene el equilibrio entre la persona, la comunidad, el territorio y los espíritus. Su importancia radica en que no solo sana el cuerpo, sino que restituye la armonía emocional y espiritual, permitiendo que cada individuo retome su camino y su pensamiento tranquilo. Además, preserva los saberes ancestrales transmitidos por los mayores, sostiene las formas de relacionamiento propias y garantiza la continuidad de una visión del mundo donde la salud, la vida y el territorio están profundamente entrelazados. En este sentido, la medicina propia no es solo un recurso curativo, sino una expresión viva de resistencia, autonomía y dignidad cultural.

Por lo anterior, algunos elementos ancestrales que se utilizan dentro de la medicina propia del Pueblo Eperārã Siapidaara son, el Viche (It'ua), que es una bebida destilada de caña que, lejos de ser recreativa, es un pilar de identidad y resistencia. Se utiliza para que el espíritu del Jaipana "no se sienta perezoso" y pueda trabajar en la "mesa" ritual; además, mezclado con plantas, crea "curaos" para purificar el cuerpo y el alma (S. Valencia, 2025). El pilde "bejuco", es una planta sagrada medicinal que permite a los pildeceros conectar con el mundo espiritual. Es utilizada para la sanación, protección de malas energías y limpieza, además, ayuda al pildecero a diagnosticar enfermedades espirituales. Así mismo, el cigarrillo (J'ārap'uapata), su humo actúa como puente espiritual para purificar el entorno, diagnosticar dolencias y proteger a la comunidad de fuerzas malignas.

2.13. Pueblo Kamëntšá

2.13.1. Pensamiento propio

Milenariamente el Pueblo Kamëntšá ha sustentado su pervivencia en el tiempo y espacio con principios de Ley Natural, Unidad, Autonomía, lengua materna, Territorio y otros, que representan los ciclos de vida y los procesos organizativos propios, para fortalecer al interior de la comunidad, luego en la articulación o complementariedad con los actores externos, manteniendo y defendiendo en todos los casos los principios de vida Kamëntšá. La desconexión y no práctica de estos pilares en el contexto de ciudad genera afectaciones y rupturas que impactan negativamente la salud propia de la comunidad y generan desarmonías.

La Ley Natural – Cabēnge soyek es el principio ancestral que permite el equilibrio entre el Pueblo Kamëntsa y el espacio donde habita desde lo tangible e intangible, nace a partir de la sabiduría conocimientos, valores y principios armónicos espirituales para salvaguardar la vida de todos dentro y fuera del territorio.

La *unidad* es el encuentro fraternal para caminar y pervivir juntos en familia, comunidad, pueblo, pensando y trabajando colectivamente en hermandad dentro de Bēngbe

Uaman Luare, en la búsqueda de fines y objetivos comunitarios, por tal razón, la unidad se refiere a la vivencia de la cultura, autonomía, autoridad, territorio, lengua materna y pensamiento, "en estos encuentros nos fortalecemos más en nuestra salud mental, física, y espiritual ya que adquirimos más conocimientos de nuestra medicina ancestral qué nos dejaron nuestros ancestros" (Agreda, comunicación personal, 14 de octubre de 2025).

La *lengua materna Kamëntšá*, de carácter milenario, constituye la base del conocimiento y la cosmovisión del pueblo. Transmitida en el seno familiar mediante la palabra y la oralidad de abuelos, taitas y mamás, la lengua materna es el medio a través del cual se preserva y enseña el pensamiento ancestral a las nuevas generaciones.

El *territorio*, representado en el sagrado lugar de origen Tabanok, es el espacio donde habitan la memoria, la historia y los saberes del pueblo. En él se mantienen vivas las tradiciones, ceremonias, relatos de origen, expresiones artísticas y formas propias de organización, siendo el núcleo de la identidad y la pervivencia cultural del Pueblo Kamëntšá.

La *gobernabilidad* se entiende como el ejercicio pleno de la autonomía, la autoridad y la ley natural en el territorio, tanto en la resolución de conflictos internos como en la defensa física y espiritual frente a agentes externos, asegurando así la autodeterminación y continuidad del pueblo.

El *servicio* se concibe como un compromiso solidario de representación y orientación comunitaria, guiado por la humildad, el respeto a la palabra, la capacidad de escucha, el consejo y el ejemplo de vida, en favor del bienestar colectivo.

Y el *respeto*, el cual se manifiesta en el comportamiento cotidiano y refleja la enseñanza recibida en la familia. Este principio fortalece la convivencia comunitaria al promover la tolerancia, la confianza, la responsabilidad, la transparencia y la credibilidad en todos los espacios de la vida social. En este marco, el pensamiento propio nace en el territorio ancestral de Bëngbe Uaman Luare, lugar donde reposan los principios que se han tejido milenariamente.

Sin embargo, en Bogotá estos sistemas de pensamiento se transforman, se adaptan o se debilitan especialmente cuando la lengua materna deja de practicarse. Por lo tanto, la lengua materna de origen para el Pueblo Kamëntšá es un principio fundamental, ya que, desde ella nace el sistema de pensamiento propio, pues la lengua materna expresa formas de vida, espacios, pensamientos, rituales, sentimientos y tiempos profundamente ligados a la identidad Kamëntšá. Sin embargo, en el contexto urbano de Bogotá, especialmente entre algunos jóvenes, la lengua materna ha dejado de ocupar un lugar central. Esta pérdida de importancia ha generado rupturas en el pensamiento propio del Pueblo Kamëntšá en la ciudad. Cuando la práctica de la lengua materna comienza a perder sentido e identidad, el pensamiento propio se fragmenta. La emoción y el sentir del ser Kamëntšá se reducen a pocas palabras que, en el entorno urbano, se desvanecen con facilidad. Esta disminución de la lengua materna como vehículo de memoria y espiritualidad produce desarmonías que afectan tanto la vida individual como la colectiva.

Al respecto, el Taita Luis Ángel Agreda, sabedor y ex autoridad del pueblo Kamëntšá en Bogotá, manifiesta que el *tšabejuabn* o “pensar bonito”, es un valor central del pueblo Kamëntšá que guía la forma de actuar, compartir y vivir en comunidad. Así mismo, para la comunidad Kamëntšá en Bogotá, el rol de la mujer es fundamental, dado que aporta al cuidado colectivo transmitiendo buen pensamiento y medicina espiritual. Así mismo, para la

comunidad, otro elemento relevante de su pensamiento propio es el *shinyak*, porque ancestralmente es el lugar para depositar la placenta junto al ombligo del recién nacido, la ausencia del *shinyak* en la ciudad se ve como una pérdida simbólica y espiritual.

2.13.2. Territorio

Para el Pueblo Kamëntšá, la concepción de territorio no solamente es un espacio físico es también espiritual trasciende más allá, en él se desarrolla la vida, el pensamiento, origen y las formas propias de organizarse acorde con los principios de unidad, colectividad y autonomía. En contexto urbano el territorio es cada espacio físico donde se habita, cada casa donde habita una familia Kamentsá, el espacio de encuentro del pueblo para trabajar en colectivo, los espacios de aprendizaje, diálogo y escucha de los relatos de origen, si bien estos espacios se han adaptado al contexto, han sido acciones que han hecho pervivir y salvaguardar conocimientos y prácticas propias en contexto de ciudad.

En Bogotá, el territorio colectivo se activa a través de los relatos de mayores y mayores, prácticas culturales, ceremonias y/o rituales, uso y transmisión de la lengua materna de origen, preparación de alimentos en colectivo, tejidos, danza y música. Si bien Bogotá representa un territorio distinto, con dinámicas que desafían la continuidad cultural. La ciudad impone ritmos acelerados, contaminación, inseguridad, ruido, movilidad compleja y una vida cotidiana que fragmenta los tiempos comunitarios. Se hace necesario mencionar que el Pueblo Kamëntšá desarrolla acciones de adaptación que permiten salvaguardar la identidad: La casa indígena de Bogotá, La Casa de Pensamiento Intercultural – CPI Shinyak, los parques, cerros y espacios naturales de la ciudad y el hogar como territorio íntimo.

De la misma manera, otras de las situaciones que generan desequilibrio o enfermedad son el desarraigo del territorio, “El territorio urbano implica nuevos retos para la pervivencia cultural, incluyendo la práctica de la medicina ancestral.” (Universidad del Bosque, 2025, Pág. 26), la ausencia de la familia, el adaptarse a la ciudad, la inseguridad, la comunidad dispersa para encuentros más frecuentes, la inestabilidad económica, por el difícil acceso a servicios básicos como el agua potable, aire limpio, alimentos propios y medicina ancestral, asimismo al difícil acceso a las montañas y el no contar con espacios propios como el cabildo y el Shinyak, afectando emocional, espiritual y físicamente a los integrantes de la comunidad. “El desarraigo supone la interrupción del vínculo entre los indígenas y su territorio, el cual es parte fundamental de su cosmovisión.” (Universidad del Bosque, 2025, Pág. 26). Sumado a lo anterior, el gestor del equipo de caracterización Kamëntšá, Cristian Armando Agreda Agreda:

“yo considero que toda la zona es un punto crítico, todas las cuadras que están alrededor del shinyak tanto al sur, norte, occidente y al sur, son críticos por el mismo hecho del punto, es que es prácticamente una zona de tolerancia, de hecho, el barrio es conocido como San Bernardo, técnicamente pero coloquialmente es el samber y se dice el samber porque ahí hay expendio a unas dos cuadras creó al norte de donde está el shinyak hay un expendio” (C, Agreda, 2025)

El análisis comunitario reflejó un profundo sentimiento de nostalgia y desarraigo frente al territorio ancestral. El aire limpio, los ríos, las montañas, los alimentos propios y la

presencia de la familia en momentos significativos son aspectos que se extrañan profundamente. No obstante, la comunidad demostró una gran capacidad de adaptación en la ciudad, generando espacios de encuentro y continuidad cultural como los círculos de la palabra, que fortalecen el tejido social. En una entrevista al sabedor Luis Ángel Agreda manifestó: "En estos encuentros nos fortalecemos más en nuestra salud mental, física, y espiritual ya que adquirimos más conocimientos de nuestra medicina ancestral qué nos dejaron nuestros ancestros" (L, Agreda, 2025). Una reflexión colectiva importante fue que el territorio es y cada uno de ellos como Kamëntsá, el cuerpo, la mente y el espíritu representan el espacio sagrado donde habita la identidad Kamëntsá.

2.13.3. Cuerpo humano

Desde el conocimiento de las mayores y los mayores, el cuerpo no se reduce a lo físico o visible. Es historia, emoción, pensamiento y espiritualidad. En él se guardan los aprendizajes transmitidos por generaciones, los rituales, los cantos, los alimentos propios, la lengua materna y los ciclos de vida y muerte. El cuerpo es memoria viva: conserva lo que se ha enseñado, lo que se ha sentido y lo que se ha caminado. Por eso, para el Pueblo Kamëntsá, el cuerpo es un archivo espiritual y cultural que acompaña a cada persona a lo largo de su tránsito vital.

Es así como, es necesario recalcar que para el Pueblo Kamëntsá, el cuerpo humano es también territorio. No se trata únicamente de una comparación simbólica, sino de una comprensión profunda según la cual el cuerpo respira, siente, se enferma, se regenera y sostiene la vida del mismo modo que lo hace la tierra. El cuerpo es una forma tangible de ver y experimentar el territorio; es el espacio donde se orienta, se equilibra y se manifiesta la existencia. Cada parte del cuerpo se relaciona con los elementos naturales: la tierra, el agua, las montañas, los ríos, los caminos, los alimentos y los seres espirituales, todos ellos conforman un cuerpo mayor del cual cada persona es una parte viva e inseparable.

Cada rasgo, gesto y acción que realizamos con el cuerpo refleja esa memoria histórica que se hereda y se transmite. Esta memoria no solo se aprende: también se lleva en la sangre. El vínculo con el territorio comienza incluso antes del nacimiento, cuando la placenta es sembrada en el fogón, acto que establece una conexión espiritual profunda entre la persona y su territorio de origen. Aunque los integrantes del Pueblo Kamëntsá vivan en Bogotá o en otros lugares, sus raíces permanecen sembradas en "Uaman Luare", garantizando que los saberes, prácticas y principios propios no se debiliten, sino que continúen fortaleciéndose.

Por esta razón, para el Pueblo Kamëntsá el cuerpo es el primer territorio que debe salvaguardarse en cualquier contexto territorial, especialmente en la ciudad. En Bogotá, donde las dinámicas urbanas pueden fragmentar la identidad, el cuerpo se convierte en el espacio donde se sostiene la lengua materna, la memoria, la espiritualidad y la relación con los ancestros. Cuidar el cuerpo es cuidar el territorio; armonizar el cuerpo es armonizar la vida; proteger el cuerpo es proteger la continuidad del pueblo, a través del cuerpo se mantienen prácticas como el tejido, la danza, la palabra, la alimentación propia y los rituales. Un cuerpo sano es aquel que tiene energía, fuerza y disposición para la vida y el trabajo. Así lo expresa el sabedor: "Cuando el cuerpo está sano, se siente bien, con fuerza para trabajar" (Agreda, comunicación personal, 14 de octubre de 2025)

Se considera importante mencionar que, para el pueblo Kamëntsá, la experiencia del cuerpo cuando muere es todo un ritual, el acompañamiento a la familia del difunto es primordial, por lo que en territorio existen 3 días de velación en casa en compañía de familia y amigos, el último día después del sepelio suele hacerse un compartir de alimentos y música, prácticas imposibles de llevar a cabo en la ciudad, en contexto urbano los tiempos y espacios son limitados, por lo que la experiencia además de ser dolorosa se enfrenta en soledad, siendo una experiencia difícil de enfrentar.

2.13.4. Salud

Para el Pueblo Kamëntsá, la armonía constituye la base de la salud física y espiritual, estrechamente vinculada al cuidado de la Madre Tierra y a un sistema de principios y valores que garantizan la continuidad y pervivencia del pueblo en el tiempo y el espacio. Esta comprensión integral de la salud se transforma en el contexto urbano, donde el bienestar se asocia al equilibrio entre la lengua materna, la alimentación propia, la vida comunitaria, la espiritualidad y la relación con el territorio, aun cuando este no se habite físicamente.

La comunidad en Bogotá identificó que la alimentación como un eje central de la salud. Las sabedoras recordaron que, en el territorio ancestral, los alimentos crecían sin químicos, lo que aseguraba una crianza sana y una vida en equilibrio. En este sentido, Jamioy (2025) señala que la alimentación tradicional, basada en productos propios como el barbacuano, la calabaza, la col, el maíz y el frijol, cumplía funciones tanto nutricionales como medicinales, fortaleciendo el cuerpo, la sangre y la circulación, y previniendo enfermedades como la diabetes, las afecciones del colon y los problemas renales. Estos alimentos reemplazan el consumo de carnes industrializadas y contribuyen al bienestar integral.

En contraste, la vida urbana ha implicado el consumo de alimentos industrializados y contaminados, lo que afecta no solo la salud física, sino también la salud espiritual. Para el Pueblo Kamëntsá, la alimentación no es únicamente sustento, sino memoria, medicina y vínculo con los ancestros. Cuando este lazo se debilita, también se altera el equilibrio interno y el “pensar bonito”, entendido como el estado de bienestar que integra pensamiento, emoción y espíritu.

A estas transformaciones se suman las dinámicas propias de la ciudad, como el ritmo acelerado, la presión laboral y la falta de espacios de calma, que influyen en las emociones y limitan el cuidado personal. El cuerpo, concebido como territorio, empieza a resentir estas tensiones, manifestando cansancio, estrés y enfermedad. Estas condiciones inciden en la participación comunitaria, pues el agotamiento físico y mental dificulta la asistencia a círculos de la palabra, encuentros culturales y prácticas rituales, afectando tanto la salud individual como la colectiva.

Desde esta perspectiva, la salud del Pueblo Kamëntsá en Bogotá no puede comprenderse únicamente desde lo físico, sino como un entramado que articula alimentación, espiritualidad, emociones, memoria territorial y prácticas culturales propias. Recuperar el “pensar bonito” implica fortalecer la palabra, la lengua materna y los alimentos propios, así como los espacios comunitarios y la armonización espiritual, aun en medio de las exigencias urbanas. Como expresa Jamioy, “volver al origen, cabëng, lo nuestro, y fortalecer nuestra

lengua materna ayuda a pensar la salud desde lo propio” (comunicación personal, 14 de octubre de 2025).

2.13.5. Enfermedad

Para el Pueblo Kamëntšá, la enfermedad se entiende como una ruptura del orden de la vida, un desequilibrio que afecta tanto el cuerpo como el espíritu. En el contexto urbano de Bogotá, la comunidad reconoce que estas desarmonías pueden tener causas físicas y causas espirituales, relacionadas con energías, emociones o afectaciones que no siempre son visibles. En este marco se identificaron dos dimensiones de la enfermedad: física y espiritual. Las enfermedades físicas, se relacionan principalmente con la mala alimentación y el acceso limitado a servicios médicos especializados en el contexto urbano. Las enfermedades espirituales como el mal de ojo, el mal viento o las enfermedades mandadas, siguen siendo reconocidas y tratadas dentro de la comunidad. Entre las causas físicas se mencionan la mala alimentación, contaminación, estrés urbano, inestabilidad económica, dificultades de transporte, falta de espacios propios. Entre las causas espirituales se reconocen: mal de ojo, mal viento, enfermedades mandadas y energías fuertes o desequilibrios emocionales.

Frente a estas situaciones, la comunidad enfatiza la importancia de acudir primero al médico tradicional, pues muchas dolencias no encuentran explicación ni alivio en la medicina occidental. El sabedor o la sabedora, desde su conocimiento ancestral, es quien puede identificar el origen profundo de la desarmonía y orientar el proceso de armonización y cuidado. “Las enfermedades mandadas sí existen... cuando está bien y de repente empieza a sentirse cansado, con mareos, fiebre, y nada le pasa” (Jamioy, comunicación personal, 14 de octubre de 2025). “Se reconoce que es del cuerpo cuando es físico... una enfermedad es espiritual cuando siente que todo sale mal” (Chindoy, comunicación personal, 14 de octubre de 2025).

2.13.6. Medicina propia

La medicina propia Kamëntšá, es un conocimiento de sanación, e integra prácticas espirituales, uso de plantas medicinales, armonizaciones, palabra de consejo y acompañamiento de sabedores, quienes guardan el conocimiento ancestral y los cuales se aprenden por medio del acompañamiento, observación y vivencia con el Taita y/o sabedor. Su propósito es restablecer el equilibrio entre cuerpo, pensamiento y espíritu. En Bogotá la práctica de la medicina propia enfrenta limitaciones: acceso restringido a plantas, falta de espacios rituales, dispersión de la comunidad y condiciones urbanas que afectan la armonía espiritual. Aun así, procesos como Medicina Ancestral Indígena – MAI, espacio donde sabedores y sabedoras mantienen viva la práctica y la formación de conocimiento en plantas medicinales y uso de estas. De aquí es importante mencionar que acciones para el autocuidado son fundamentales:

- Manejo de la palabra
- Regulación de emociones
- Alimentación propia

- Calendario propio y los ciclos de este
- Participación en espacios comunitario

El pueblo Kamêntsá mantiene vivas sus prácticas de medicina ancestral en la ciudad, Las prácticas medicinales que continúan vigentes del pueblo Kamêntsá en Bogotá son los sahumerios, la sobandería, las limpias, los riegos, los baños, la toma de medicina, la partería, los secretos. El pueblo Kamêntsá adapta la medicina ancestral en Bogotá desde las siguientes estrategias:

- Para algunas prácticas propias se sustituye con algunas plantas que tengan los mismos beneficios.
- En algunos casos se han creado espacios de siembra propios (materas) de plantas que se han traído desde territorio.
- En algunas ocasiones se trae de territorio la práctica del trueque el intercambio de plantas entre sabedores (as).
- Algunos sabedores tienen reservas de plantas medicinales que se conservan, las cuales se guardan para los momentos de uso como por ejemplo los macerados, pomadas, riegos y contras.

Por lo general en territorio se utilizan las plantas medicinales de las chagras, en la ciudad, a la comunidad le toca tener recursos para acceder a insumos propios para la medicina ancestral que muchas veces no se encuentran en buen estado. En suma, la medicina propia del Pueblo Kamêntsá en Bogotá es un acto de resistencia cultural, espiritual y comunitaria. A pesar de los desafíos urbanos, la comunidad mantiene viva su orientación ancestral, reafirmando que la salud es equilibrio, memoria y vínculo con el territorio, y que su cuidado es fundamental para la pervivencia del pueblo en cualquier contexto.

2.14. Pueblo Kichwa

2.14.1. Sistema de Pensamiento Propio

El pensamiento Kichwa se sustenta en la cosmovisión andina, un sistema vivo que orienta la vida comunitaria desde la armonía con la naturaleza, el cosmos y la colectividad. Este pensamiento articula los principios del *Sumak Kawsay* (Buen Vivir), entendido como una vida en plenitud basada en el equilibrio entre los seres humanos, la Madre Tierra y todas las formas de existencia. Como señala Huanacuni Mamani (2008), vivir bien implica saber convivir, respetar los ciclos de la naturaleza y comprender que el deterioro de una parte afecta al conjunto de la vida.

Desde esta perspectiva, el *Sumak Kawsay* concibe el mundo como una red interconectada entre lo humano y lo cósmico, estructurada en tres planos: el mundo superior (*Hanan Pacha*), el mundo presente (*Kay Pacha*) y el mundo interior o profundo (*Ukun Pacha*). La vida se entiende como una relación comunitaria y sagrada que surge del equilibrio entre las energías del cosmos (*Pachakama*) y de la Madre Tierra (*Pachamama*), principio que orienta la espiritualidad cotidiana y las prácticas colectivas (Huanacuni Mamani, 2008).

El conocimiento Kichwa se transmite principalmente a través de la oralidad y la memoria colectiva. Los mayores y sabedores conservan y comparten la historia, los valores y la sabiduría ancestral mediante relatos, rituales, cantos, danzas y símbolos. Además, los textiles, vasijas y otras expresiones no alfabéticas funcionan como sistemas de registro del conocimiento, vinculados a la astronomía y a la comprensión del mundo. En este proceso, el Yachay Tinkuy, entendido como el encuentro de saberes, fortalece la autodeterminación y la conciencia de la nacionalidad Kichwa. En este entramado cultural, el *runa shimi* o idioma Kichwa constituye el pilar fundamental de la identidad y del pensamiento propio. Más que un medio de comunicación, el idioma organiza la forma de comprender la realidad, el tiempo, la naturaleza y las relaciones comunitarias. A través del *runa shimi* se expresan principios que orientan la vida del *runa* (ser humano), como el equilibrio, la reciprocidad y la interconexión entre todos los seres.

Estos principios se concretan en normas éticas que trascienden lo material: *ama shua* (no robar), *ama yuya* (no mentir) y *ama quilla* (no ser perezoso). Estas orientaciones no se limitan al comportamiento físico, sino que abarcan el cuidado del cuerpo, la mente, el espíritu y la energía colectiva, promoviendo una convivencia basada en el respeto y la responsabilidad comunitaria. En síntesis, el pensamiento Kichwa es un sistema integral que prioriza la armonía con el entorno y la vida comunitaria. Transmitido mediante la palabra, los símbolos y el idioma propio, este saber ancestral constituye una forma de resistencia cultural y una guía para sostener el Buen Vivir en contextos de transformación social.

2.14.2. Territorio

Para el Pueblo Kichwa, como para muchos pueblos originarios de *Abya Yala*, el territorio es vida, espiritualidad y cultura. No se concibe únicamente como un espacio físico, sino como la Madre Tierra que otorga identidad, memoria y sentido de pertenencia. El territorio es el espacio sagrado donde se establece la conexión con los ancestros, la naturaleza, las deidades y los seres espirituales (*Apus*), y donde se desarrolla integralmente la vida del *runa*, constituyéndose en la base para la permanencia cultural.

En el contexto de movilidad y migración, el pueblo Kichwa ha ampliado esta comprensión hacia la noción de cosmovivencia, reconociendo que la territorialidad ancestral puede ejercerse más allá del territorio de origen. Desde esta mirada, el Kichwa se reconoce como *mindalae*, el ser viajero, que recrea su cultura allí donde habita. Como señala Fernando Tituaña, “no es necesario estar en el territorio de origen para poder conectarse con los *Apus*”, ya que incluso fuera de él existen lugares sagrados que pueden ser recorridos “siempre pidiendo permiso y siendo respetuoso con el territorio” (comunicación personal, 2025).

Esta concepción también se expresa desde la medicina tradicional, al respecto, Beatriz Fernández resalta que la Madre Tierra es una sola y que, aunque existen espacios con mayor o menor carga energética, “también importa mucho la intención de la persona que va a hacer el ritual”, pues incluso en contextos urbanos es posible realizar procesos de sanación física y espiritual si existe una conexión consciente con la energía y lo sagrado (comunicación personal, 2025). Desde esta visión, todos los espacios de la Pachamama poseen vida y sacralidad, aun cuando estén atravesados por dinámicas de contaminación o tensión propias del desarrollo occidental.

Para el runa Kichwa, todos los territorios son sagrados porque tienen espíritu y energía. Aunque las transformaciones del entorno afectan estos espacios, no anulan la posibilidad de construir territorialidad y vida comunitaria. Así lo expresan las nuevas generaciones Kichwa en Bogotá, al reconocer que “no somos seres individuales, somos seres sociales y eso nos demanda tener un territorio”, y que nacer en otro lugar no implica dejar de ser Kichwa ni perder la cultura de origen (Tuntaquimba, 2025). Desde esta comprensión, el territorio que acoge al Kichwa debe ser respetado, pues permite el desarrollo de la vida cultural, espiritual y comunitaria. Aunque se reconoce la importancia del territorio ancestral ubicado en la provincia de Imbabura, en las faldas del Tayta Imbabura, este no se asume como una condición excluyente para la vivencia cultural, ya que el Kichwa lleva consigo su lengua, su música, su pensamiento (yuyay) y su memoria colectiva.

El territorio es, así, entendido como espacio vital que provee vida y sustento; como fuente de identidad y cultura; como sitio espiritual donde habitan los seres ancestrales; como un tejido integral donde naturaleza y humanidad no se separan; y como base para el ejercicio de la autonomía y la autodeterminación. En palabras de la comunidad, “nosotros hacemos territorialidad con nuestra memoria, con nuestras reuniones en comunidad, con nuestras celebraciones”, incluso fuera del territorio de origen (Tuntaquimba, comunicación personal, 2025).

En definitiva, para el Pueblo Kichwa el territorio es la Madre Tierra viva, fundamento de la existencia cultural, espiritual, social y política. Es un espacio de relación, respeto y cuidado mutuo que sostiene la identidad y la pervivencia del pueblo, tanto en el territorio ancestral como en los contextos urbanos donde hoy se recrea la vida Kichwa.

2.14.3. Cuerpo humano

Para el pueblo Kichwa, el cuerpo humano es una de las dimensiones del runa (ser humano) que refleja el equilibrio o desequilibrio de la vida. Este desequilibrio no se origina únicamente en la esfera interna de la persona, sino también en la relación con el entorno. El cuerpo es comprendido como un puente entre la naturaleza, la mente y el espíritu o energía (samay), por lo que cualquier afectación externa incide directamente en la salud corporal. Como expresa Cabascango, la enfermedad es “un desequilibrio, una desarmonía, que puede estar relacionada con algo que está afuera”, pues cuando “los ríos están enfermos, el agua contaminada”, el cuerpo humano también se contamina, haciendo necesario “limpiar el aire y limpiarnos a nosotros mismos” (comunicación personal, 2025)

Esta comprensión del cuerpo se sustenta en el pensamiento andino y Kichwa de la interconexión y la reciprocidad (ayni), donde el cuidado no se limita a la relación entre personas, sino que se extiende al vínculo con la naturaleza y el entorno. Los pensamientos, las emociones y las acciones cotidianas tienen efectos directos sobre el cuerpo, siendo fundamentales para mantener el equilibrio vital. En este sentido, se afirma que “los malos pensamientos se convierten en enfermedad, y si el cuerpo no está en constante movimiento se enferma y no hay salud” (Albancando, comunicación personal, 2025). Asimismo, las afectaciones energéticas pueden transmitirse entre personas, especialmente hacia quienes se encuentran en mayor vulnerabilidad, como lo recuerdan los relatos ancestrales: “ese mal lo

recibe la persona que tiene menos carácter o el que está más débil” (Cahuasqui, comunicación personal, 2025)

El cuerpo también está estrechamente ligado a la alimentación y a la medicina ancestral. Para el Kichwa, nutrirse con lo que la tierra ofrece es una forma de sostener el equilibrio físico y energético. Las plantas no solo se consumen como alimento, sino que cumplen funciones medicinales y rituales. Fernández (comunicación personal, 2025), explica que, en prácticas como los baños rituales, las plantas actúan tanto a nivel energético como físico, ya que sus sustancias penetran por la piel y llegan a la sangre, permitiendo procesos de sanación integral. Por ello, las personas “entran con dolor y salen sanas”, incluso cuando no existe una enfermedad evidente, pues estos rituales también cumplen una función preventiva.

Ligado a esta visión del cuerpo, el pueblo Kichwa comprende la vida como un proceso cíclico. La muerte no representa el fin de la existencia, sino una transformación del cuerpo que permite la continuidad del ser en otros planos. Desde la experiencia espiritual, los ancestros siguen presentes, acompañando y protegiendo a los vivos. Como expresa Tituaña, quienes han partido “no se van del todo”, continúan guiando y acompañando en los caminos de la vida y en las ceremonias, manteniendo una relación activa con quienes permanecen en este plano (comunicación personal, 2025). En concreto, para el Kichwa el cuerpo es el reflejo de la forma de vida, de las relaciones con los otros y con el entorno, de la alimentación y de la coherencia entre pensamiento, emoción y espíritu. No es solo un contenedor del samay, sino un espacio vivo de interacción que expresa el estado del equilibrio personal, comunitario y territorial. Así, cualquier alteración en el entorno o en las relaciones impacta directamente las tres dimensiones del equilibrio del runa: cuerpo, mente y espíritu.

2.14.4. Salud

Para el pueblo Kichwa, no existe el concepto de salud o enfermedad en los términos occidentales. En su lugar, se habla de equilibrio y desequilibrio, entendidos como estados integrales del ser. Estar en equilibrio, lo que Occidente denomina salud, implica la armonía entre tres dimensiones inseparables: mente, espíritu y cuerpo; la alteración de cualquiera de ellas impacta directamente a las otras (Tituaña, comunicación personal, 2025). Desde esta visión, nombrar la enfermedad puede generar un efecto negativo en la mente y el espíritu de la persona. Como explica Tituaña (comunicación personal, 2025), cuando a alguien se le impone un diagnóstico, “automáticamente se afecta su mente y su espíritu”, lo que puede acelerar el deterioro físico. Por ello, el desequilibrio suele comprenderse como un proceso que inicia en la mente o el espíritu y posteriormente se manifiesta en el cuerpo.

El runa es concebido como un ser energético, profundamente conectado con su entorno. Estados como estar “débil de espíritu”, “cansado” o “bajo de energía” facilitan que las energías presentes en ciertos lugares (lagos, bosques, caminos, hospitales o espacios urbanos congestionados) alteren el samay (energía o espíritu), generando síntomas que son interpretados por el Yachak según el tipo de desequilibrio. En este sentido, el entorno no es neutral, ya que las energías que circulan en él están atravesadas por las dinámicas humanas, las emociones y las intenciones colectivas.

Para el Kichwa, nociones como el “estrés” no existen; lo que se reconoce es una “baja de energía”, resultado del agotamiento simultáneo del cuerpo, la mente y el espíritu (Tituaña,

comunicación personal, 2025). Vivir en ciudades como Bogotá implica una exposición constante a flujos energéticos que pueden desequilibrar al runa, lo que hace necesario buscar espacios naturales o territorios conservados para recargarse y recuperar la armonía.

En este proceso, las ceremonias y celebraciones del calendario agrícola cumplen un papel fundamental. Más que festividades, son rituales espirituales que permiten renovar el samay y restablecer el equilibrio individual, comunitario y territorial. Ceremonias como el *Pawkar Raymi*, *Inti Raymi*, *Kuya Raymi* y *Kapak Raymi* “nos recargan la energía y nos ayudan a mantenernos en equilibrio” (Tituaña, comunicación personal, 2025). Asimismo, se resalta la importancia de llevar a las nuevas generaciones a espacios naturales, donde el aire y la energía son más puros, para fortalecer su equilibrio espiritual (Terán, 2025).

El bienestar físico, para el Pueblo Kichwa, no puede separarse del sumak kawsay o buen vivir. Cuidar la relación con el entorno, mantener las prácticas culturales, recorrer los caminos ancestrales y alimentarse con productos propios son acciones esenciales para sostener el equilibrio. Como señala Tituaña (comunicación personal, 2025), caminar los chakiñanes permite “renovar energías y recargar el samay”, mientras que el cuidado de la salud se basa principalmente en el uso de plantas medicinales y en la alimentación cultivada en los propios territorios. En síntesis, para el runa la salud es un estado dinámico de equilibrio que integra lo corporal, lo mental, lo espiritual y lo energético. Esta comprensión trasciende el enfoque biológico de la medicina occidental, al reconocer que el cuerpo no es el único espacio donde se manifiesta el malestar, sino el reflejo de una desarmonía más profunda entre el ser humano, la comunidad y el entorno. Si quieres, puedo reducirlo aún más, integrarlo con el apartado de cuerpo y territorio, o adaptarlo a un marco de salud intercultural.

2.14.5. Enfermedad

Como se mencionó en el anterior apartado, para el Pueblo Kichwa no existen los conceptos de salud y enfermedad, se entiende por salud, equilibrio que comprende la mente, el espíritu y el cuerpo. Por otra parte, la enfermedad, significa para el pueblo Kichwa el desequilibrio de la mente, el espíritu y el cuerpo. El desequilibrio es una alteración a las dimensiones del espíritu, de la mente y del cuerpo, que, en este último, materializan lo que para occidente significa las diferentes enfermedades.

El desequilibrio en una persona comienza con las alteraciones de aspectos cotidianos que terminan afectando la psiquis del ser humano o el samay (espíritu), luego somatiza el cuerpo y finalmente termina afectando todo un ejemplo de esto, es lo que se menciona en la siguiente cita:

Sea en ciudades, en el campo o en donde sea, cuando entran preocupaciones por no tener para un pasaje, o no tener como dar de comer a tu familia, esa preocupación debilita primero la mente, luego afecta el cuerpo, por esa preocupación y una vez afecta la mente y cuerpo, afecta al espíritu (F, Tituaña, comunicación personal, 2025)

Es decir, para el Kichwa, los desequilibrios son alteraciones de la mente, el espíritu y el cuerpo. En este sentido, de acuerdo a lo contemplado en el territorio, la enfermedad, también está relacionada con el territorio, con la forma como las comunidades se relacionan con el

entorno y como este termina transformando las energías que habitan esos territorios y que finalmente, alteran los estados del runa (ser humano) que transita por estos espacios y que eventualmente puede estar desequilibrado con en alguna de sus dimensiones.

El desequilibrio es el equivalente de enfermedad para occidente y este tiene su vertiente en la alteración energética de la persona en las dimensiones de la mente y el espíritu, y al momento de alterarse, estas se manifiestan en el cuerpo en diferentes formas o patologías que son tratadas desde la medicina propia con lo que la naturaleza brinda, desde las plantas, el alimento, la naturaleza, un entorno sano, una vida en comunidad equilibrada y sin conflictos entre otros.

A nivel de energía cuando se hacen tratamientos energéticos este (...) la cura sería en general, no. Lo que los sabios, nuestros antepasados o nuestros abuelos dicen siempre que, si comes mal te vas a enfermar, pero nunca te dice: te vas a enfermar con diabetes o leucemia, o sea no te dice eso, simplemente, se maneja; si tú sigues comiendo comida chatarra te vas a enfermar, pero no te precisa que, simplemente te habla de una enfermedad general que te puede dar. A nivel de energía es lo mismo si, por ejemplo, te hacen una limpia con huevo no solamente te están curando el estómago si te duele, sino que te está haciendo una limpia a nivel de todo el cuerpo, inclusive de las malas energías que podrían estar en tu entorno o que estuvieran influyendo en ti. Por ejemplo, cuando pasan el huevo y puede haber un Guaira fiche que no siempre es viento a veces se refiere a un espíritu malo, que es cruel y se pega a los cuerpos sensibles, y que eso puede estar dañando, porque vota esa energía como si fuera un ser no como si fuera un viento. Entonces hay un trasfondo que necesita un poco más de estudio y que palabras que usan cuando están pasando el huevo” (B, Fernández, comunicación personal, 2025).

2.14.6. Medicina Propia

Para el pueblo Kichwa, la naturaleza brinda todo lo que necesita el runa (ser humano) para estar bien o vivir bien (sumak kawsay). De ahí, que para atender los desequilibrios que se presentan en el samay (espíritu o energía) o en el cuerpo, estos pueden ser tratados desde 2 vertientes: 1) desde las plantas que brinda la Pachamama o 2) desde la intención propia de sanar o la creencia sobre el tratamiento recibido. En la medicina tradicional de las comunidades no existen reglas fijas ni protocolos estandarizados; la eficacia del proceso de sanación se fundamenta principalmente en la intención de quien cura.

El sanador puede crear sus propias palabras y prácticas, las cuales adquieren poder terapéutico al articularse con el uso de plantas y el trabajo energético. La curación siempre integra una dimensión material y otra energética, que se expresa tanto en limpias, rezos o rituales, como en la ingestión de preparados o alimentos, especialmente cuando el desequilibrio es considerado grave. En casos leves, la sanación puede limitarse a prácticas sencillas, como la limpia con huevo, acompañada de normas rituales específicas que buscan evitar la devolución o permanencia de la energía alterada. Estas prácticas evidencian que la medicina tradicional no se rige por normas universales, sino por una lógica simbólica, relacional y energética, en la que el gesto, la palabra, el alimento y el ritual actúan de manera complementaria (Fernandez, comunicación personal, 2025)

La medicina propia contemplando estas dos esferas, de manera directa relaciona esa dimensión energética con la física. Siendo importante para el Kichwa el conocimiento propio y que sigue siendo un conocimiento muy celoso o secreto para el yachak (sabedor o médico ancestral) la forma como determina la pertinencia del tratamiento ante determinado desequilibrio o “enfermedad”. Según lo identificado en las entrevistas y círculos de palabra, desde lo que se consume o desde lo que se receta en un encuentro entre el “runa-runu” “Para hacer limpias hay más confianza del "runa a runa" que del "runa al mestizaje" porque no se dice la falencia o desequilibrio que se tiene" (F, Tituaña, comunicación personal, 2025), es decir, desde la empatía, siempre existirá capacidad de sanar al otro, pues cuando no existe el sentir comunitario o se despersonaliza al otro, la curación se va a quedar en una fría forma de recetar medicinas como se hace desde la medicina occidental o en una barrera para identificar el verdadero sentir del otro. La medicina propia Kichwa se basa en la confianza, en la empatía y en el conocimiento y equilibrio en la forma de vida con el entorno, siendo fuertemente conectado las esferas: energética, física y del entorno, en una íntima dinámica colateral.

Para mí crea o no crea, no. Si comes, ya te hace bien y mucha gente come, pero no sabe, creo que no sabe, come nuestras plantas. Más que todo es un poco difícil creo, con la gente otra vez digo la ciudad, no, porque ellos casi no creen. Los indígenas ya saben que se debe tomar para una gripa, un dolor de estómago, y si no sabe, el vecino sabe; si no sabe uno, el otro sabe, entonces va como camino (A, Tituaña, comunicación personal, 2025).

Las fiestas muchas veces se hacen con alcohol, pero esto viene de una costumbre milenaria. Antes no se tomaba el alcohol, pero si se tomaba la chicha, una chicha fermentada al natural, lo que ayudaba a mejorar este sistema... diurética porque te limpiaba las vías urinarias, aparte de que te nutría, te limpiaba. ¿Por qué te nutría? Porque el maíz es germinado para hacer la chicha, por ahí entra unas partículas nutritivas al momento al ingerir la chicha, pero antes no se tomaba hasta que ahora el alcohol los bota al piso y pierden todo el conocimiento se desequilibran; incluso pueden morir hasta neuronas y puede dañarse el sistema nervioso. Entonces, nuestros antepasados conocían las consecuencias de ingerir alcohol en exceso y con esas potencialidades no, de alcohol, pero el alcohol que ellos manejaban era a un nivel no más que no se pasaba, no trastocaba la mente. Llegaba a un nivel de mareo, pero estaba consciente. En cambio, ahora el alcohol te saca de tu consciencia, ya (B, Fernández, comunicación personal, 2025).

La medicina propia la brinda la naturaleza, se conecta con el runa y con su intención, de ahí la vida y potencia que esta puede tener sobre el cuerpo del runa o ser humano.

Yo creo que todas las medicinas son buenas, sino que la medicina occidental con los años se ha comercializado. Ahora hasta nos venden tierra molida porque hay pastillas que no te hacen ningún efecto, hay pastillas que no te hacen efecto, la verdad. Se ha adulterado, se ha alterado mucho el propósito de esa medicina, por eso la desconfianza ahora... De la mano deben ir las dos medicinas, no podemos decir que la otra es mala, no que no más que esta es buena, sino que, yo creo que la mejor opción siempre debe ser lo natural, debe ser. La medicina occidental es más como para apagar el dolor, en cambio nuestra medicina tradicional es más preventiva. Por ahí yo le podría decir que es mucho mejor la natural porque no puedes esperar

ha enfermarte grave, y hacerte operar, a que vengas a comer naturalmente, cuidándote todos los días, comer lo sano, es mucho mejor de esta forma yo pienso” (B, Fernández, comunicación personal, 2025).

Para el Pueblo Kichwa, el concepto occidental, la medicina es preventiva, desde luego se contemplan aspectos curativos en la cotidianidad del runa, en su forma de alimentarse, se vive con el otro, con su entorno y con la vida en general.

3. Análisis Etnológico.

El presente análisis etnológico es un ejercicio de contraste basado en la información recolectada en los espacios colectivos y de la palabra de los catorce pueblos indígenas que participan en esta caracterización, así como en las descripciones anteriormente elaboradas por estos pueblos, tomando como eje de análisis las categorías de territorio, cuerpo humano, salud, enfermedad y medicina propia, trabajadas a lo largo de este capítulo. Con el fin de dar cuenta y poner en relación las distintas formas cómo los pueblos interpretan las relaciones entre las mencionadas categorías de análisis desde sus sistemas de pensamiento propio, aportando así en interpretación y comprensión de éstas, frente a las tensiones, adaptaciones y desafíos que atraviesan estos pueblos indígenas en el contexto de su vida urbana en la ciudad de Bogotá.

Previo al análisis etnológico, es pertinente indicar que los pueblos indígenas sujetos de la presente caracterización son reconocidos como comunidades indígenas en contexto urbano, condición que además de denotar la ubicación geográfica que actualmente estos ocupan, trata en su sentido más amplio acerca de las formas concretas de habitar la ciudad, organizar la vida colectiva y dar continuidad a sus sistemas de pensamientos propios, en medio de dinámicas y escenarios urbanos que reordenan sus formas propias de vida. Desde esta experiencia, para los pueblos indígenas en Bogotá la vida en la ciudad transforma vínculos cotidianos, configura colectivos y desafía las formas propias de organización; sin embargo, estas dinámicas también dan lugar a procesos persistentes de reconstrucción territorial y organizativa, mediante los cuales los pueblos transforman la ciudad en un espacio de resistencia y reivindicación colectiva.

Los pueblos Indígenas Yanacona, Kichwa, Kamëntšá, Inga, Uitoto, Nasa, Pastos, Misak Misak, Eperãrã Siapidaara, Tubü Hummürimassa, Wounaan Nonam y la comunidad indígena Ambiká Pijao, tienen experiencias distintas de vida en la ciudad. Sus trayectorias están atravesadas por relaciones territoriales diferentes, vinculadas a procesos de desplazamiento, migración, asentamiento prolongado o a la permanencia en territorios ancestrales que fueron transformados por la expansión urbana de Bogotá. Estas diferencias se expresan en la forma como cada pueblo habita la ciudad, en los vínculos que mantiene y en las prácticas con las que organiza y dan sustento a su existencia como colectivo. Para estos pueblos indígenas en contexto urbano, Bogotá se configura como un escenario de reivindicación colectiva, que se resignifica mediante prácticas organizativas, interlocuciones institucionales y disputas cotidianas por el reconocimiento, mediante las cuales los pueblos gestionan su condición de sujetos étnicamente diferenciados y hacen visibles sus demandas colectivas (Herrera Amaya, 2018). Esta diversidad se expresa en prácticas diferenciadas, en formas propias de organización, en modos específicos de relación con el territorio y en maneras distintas de construir lo colectivo en la ciudad.

3.1. Cosmovisión y sistemas de pensamiento indígena

Para los pueblos indígenas participantes en esta caracterización, la vida se ordena a partir de la interrelación existente entre cuerpo, pensamiento, espiritualidad, naturaleza, territorio y comunidad. Desde este entramado de relaciones, el equilibrio y la desarmonía sirven como elementos claves a la hora de abordar las categorías de salud y enfermedad. Es desde esta interpretación que cada pueblo define su forma de entender el mundo, estructura la convivencia comunitaria y la relación con el entorno, así como también establece las prácticas de cuidado del individuo y el colectivo.

Partiendo de la anterior distinción, la organización de lo colectivo se estructura a partir de dicha red de interconexiones, en donde las distintas dimensiones que la integran inciden unas en otras, red de reacciones que es concebida como “tejido vital” o “red vital”, en la que ninguna de estas dimensiones existe ni cobra sentido por fuera del conjunto que conforman. Es así como las categorías de cuerpo, territorio, salud, enfermedad y medicina propia se comprenden como formas de relación que se articulan entre sí, cuyo sentido se construye a partir de los sistemas de pensamiento propio en función del equilibrio de la vida colectiva, y su significado es interpretado por cada pueblo, a partir de las formas propias en que estos reconocen, cuidan y reordenan las relaciones que dan sustento a la vida en todas sus diferentes instancias. Entre los pueblos indígenas caracterizados, esta interpretación surge como una visión común sobre las relaciones que organizan lo colectivo y conectan cuerpo, territorio, espiritualidad y comunidad. En este sentido, la reciprocidad y la dinámica de equilibrio–desarmonía operan como referentes para las formas de cuidado y organización, mientras que la relación cuerpo–territorio atraviesa de manera transversal el pensamiento propio.

En los pueblos Nasa, Yanacona, Misak Misak, Kamëntšá, Pijao, Muisca de Bosa y Muysca de Suba, la relación con el territorio se establece mediante los mandatos de los ancestros, transmitidos a través de la palabra de los mayores, con el fin de regular la vida colectiva y el cuidado del territorio. Estos mandatos son denominados al interior de los pueblos como las leyes de origen, leyes de vida o derecho mayor, las cuales ordenan la convivencia, la organización del colectivo y la relación con el entorno. Es desde estos principios que se define el equilibrio del colectivo, y su ruptura se expresa como desarmonía. En los pueblos Uitoto, Tubü Hummürimassa, Eperã Siapidaara, Wounaan Nonam e Inga, la palabra ocupa un lugar central en la organización de la convivencia, al guiar las relaciones con el territorio, el cuerpo, la dimensión espiritual y los seres del entorno. En estos pueblos, el diálogo, el consejo y los espacios de palabra estructuran la vida comunitaria y orientan las prácticas cotidianas, constituyéndose también en una referencia desde la cual se leen los estados de bienestar y afectación del colectivo.

En los pueblos Kichwa y Pastos, la relación con el territorio y con la vida colectiva se organiza desde prácticas cotidianas que ordenan el pensamiento, la convivencia y el trabajo comunitario. En Pastos, el caminar juntos, el acompañamiento entre familias y el cumplimiento de orientaciones de los mayores permiten mantener el equilibrio del colectivo; cuando estas relaciones se debilitan, comienzan a percibirse afectaciones en la convivencia y en el ánimo. En Kichwa, el cuidado del pensamiento y de la palabra orienta la vida comunitaria, de modo que preocupaciones persistentes, cargas emocionales o rupturas en la relación familiar se reconocen como señales tempranas de desarmonía.

En el contexto urbano de Bogotá, esta lógica relacional continúa siendo la base del pensamiento propio y de la organización colectiva entre los catorce pueblos indígenas que hacen parte del Consejo Consultivo de Concertación. Por su condición de comunidades indígenas en contexto urbano, estas relaciones se expresan bajo condiciones de restricción territorial y ambiental, lo que incide en la manera cómo se mantienen y recrean los vínculos entre cuerpo, territorio, comunidad y espiritualidad. La ciudad introduce tensiones, reordenamientos y desarmonías específicas. Aun así, estas relaciones orientan el cuidado, la convivencia y la reproducción de lo comunitario, y resultan centrales para comprender los procesos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas en la ciudad de Bogotá.

3.2 Territorio

Desde la visión de los pueblos indígenas, el territorio se constituye en la base material y espiritual de la existencia colectiva. En él se entretienen la historia y las relaciones que configuran la identidad de cada pueblo. A través de la experiencia cotidiana, el territorio se forja mediante la memoria, las prácticas y las trayectorias compartidas de quienes lo habitan. En palabras de un sabedor ancestral, “el territorio es concebido como indisoluble con el ser indígena, pues es un organismo vivo que constituye la Madre Tierra o Pacha Mama; tiene relación profunda con el colectivo, la familia y el individuo; en este están el origen, la historia, las raíces de los pueblos y los sitios sagrados; allí se sostiene la armonía, el equilibrio y el buen vivir; por eso las desarmonías con el territorio generan problemas de salud” (Sabador ancestral, citado en Lineamiento para el Cuidado y las Armonías Espirituales, Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 31).

El territorio de origen, según el pensamiento propio de estos pueblos, es el lugar desde el cual se nombra el origen del pueblo. En él se inscriben la memoria de los ancestros y los saberes desde los cuales se establecieron las normas que orientan la vida del colectivo. De este modo, el territorio es el lugar donde se dan las primeras enseñanzas y los principios que ordenan la convivencia de la comunidad. Así, el territorio permanece como escenario de la memoria colectiva, donde la historia, las normas y la continuidad cultural se mantienen unidas en el tiempo. En los pueblos indígenas asentados en Bogotá, la relación con el territorio se expresa de maneras distintas según sus sistemas propios, diferencias que se acentúan en la forma como cada pueblo se relaciona con la ciudad y mantiene el vínculo con su territorio de origen.

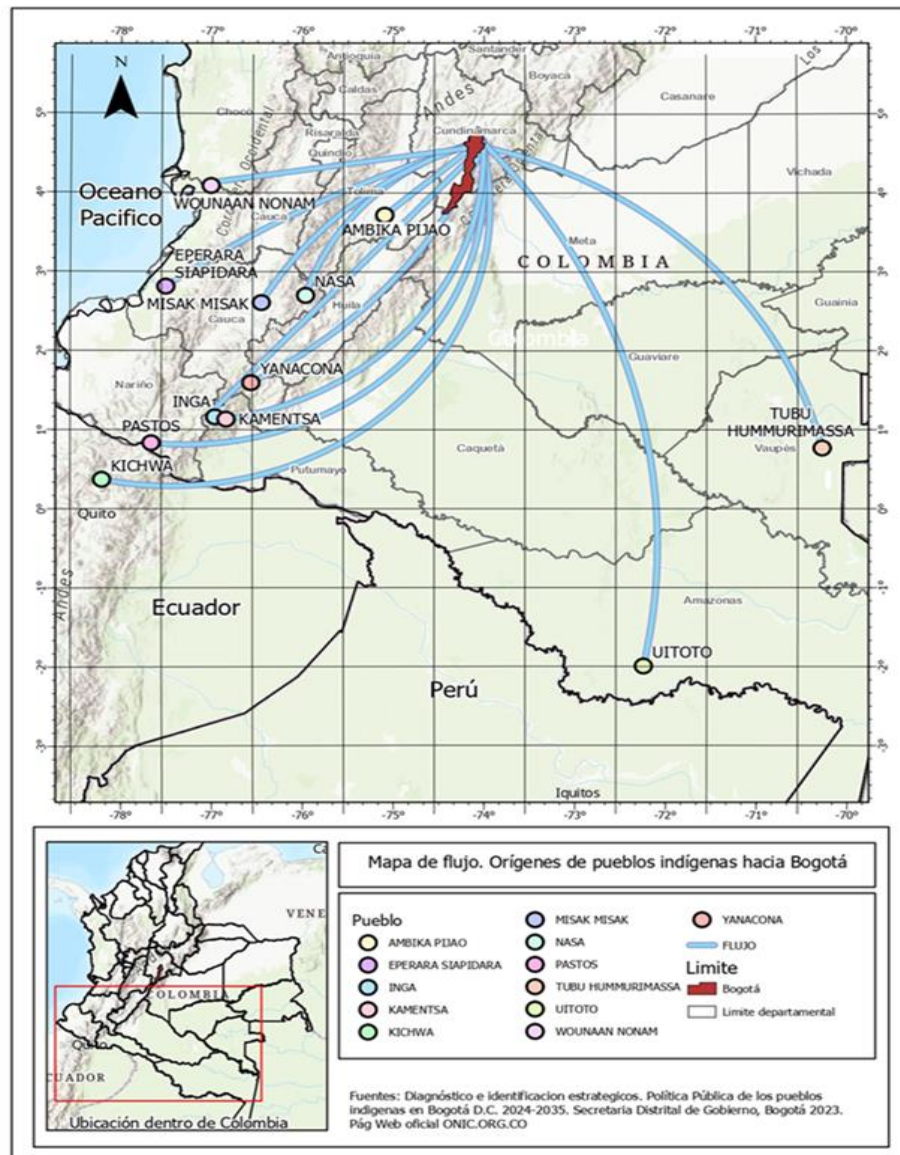
Es así que para pueblos como Kamëntšá, Pastos, Nasa, Pijao, Misak Misak, Eperãrã Siapidaara y Wounaan Nonam, el vínculo con el territorio ancestral se mantiene pese a la distancia. Para los pueblos Inga, Kichwa, Uitoto y Yanacona, el territorio se define, no anclado a un lugar específico, sino del lugar donde residen y donde llevan a cabo sus prácticas comunitarias. Para el pueblo Tubü Hummürimassa, cuyo origen se relaciona con el cielo y las estrellas, el territorio se define como una dimensión que integra universo, comunidad y memoria, desprovisto de una interpretación en términos de propiedad o de un espacio concreto o localizado; más bien abarca todo lo coexistente: aire, plantas, animales, incluida la comunidad que habita ese entramado. Dicha concepción está marcada por la convivencia de cosmovisiones distintas, resultado de un sistema de parentesco exógamo donde converge su historia con la de otros pueblos amazónicos, como los Yepamassa.

En el caso de los pueblos Tubü Hummürimassa, Eperãrã Siapidaara y Wounaan, la llegada a Bogotá ocurre en contextos asociados a la violencia y el desplazamiento forzado, lo

que implica el abandono de sus territorios de origen, afectando directamente las relaciones comunitarias y territoriales que allí mantenían. En contraste, los pueblos Inga, Kichwa, Uitoto y Yanacona, el desplazamiento a Bogotá responde a dinámicas de movilidad asociadas a factores económicos y redes familiares, con idas y retornos frecuentes entre Bogotá y sus territorios de origen. En el caso de los pueblos Nasa, Misak Misak, Kamëntšá y Ambiká Pijao, se trata de presencias de larga data en Bogotá, con procesos organizativos urbanos consolidados y retornos frecuentes a sus territorios de origen, lo que permite mantener vínculos con estos a pesar de la distancia. En los pueblos Pastos y Ambiká Pijao confluyen experiencias de desplazamiento forzado, al igual que desplazamientos voluntarios motivados por opciones de empleo, estudios y redes familiares, lo que da lugar a distintas razones por las cuales trasladarse y permanecer en la ciudad.

Cuando la relación con el territorio se ve debilitada, los pueblos experimentan un quiebre frente a uno de los referentes más relevantes a la hora de organizarse y reconocerse a sí mismos como colectivo. Tal como lo expresa un líder indígena del pueblo de Los Pastos, “un indio sin tierra es un indio sin pies” (Guillermo Ramírez, entrevista, 2025). Esta expresión señala que el territorio es el lugar desde el cual los miembros de estas comunidades se ubican en el mundo y se reconocen como parte de su pueblo.

Figura 1. *Mapa de flujos que ilustra los orígenes de los pueblos hacia Bogotá.*



Nota. Elaboración propia basada en el Diagnóstico e Identificación de Factores Estratégicos Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C. 2024-2035. Secretaría Distrital de Gobierno, Bogotá 2023. Pag Oficial onic.gov.co

En contraste con lo anteriormente descrito, en los pueblos Muisca de Bosa y Muysca de Suba la relación con el territorio se ha construido en un contexto distinto a los pueblos citados, ya que su concepción sobre el territorio está atravesada por la reivindicación territorial frente a la expansión urbana sobre los espacios que han habitado históricamente. El crecimiento urbano de Bogotá ha venido modificando progresivamente su territorio ancestral, en medio de procesos de gentrificación, en los que muchos de los lugares de importancia para ambos pueblos han sido ocupados, transformados o han desaparecido.

A partir de lo expuesto para cada pueblo, la relación con el territorio no funciona de manera uniforme entre los pueblos indígenas en Bogotá. Para algunos, la distancia física marca tensiones en el vínculo con sus lugares de origen; para otros, el territorio se relaciona de manera directa con el lugar donde el pueblo recrea sus prácticas; y en el caso de los pueblos Muisca de

Bosa y Muysca de Suba, la ciudad se convierte en lugar de disputa y reivindicación territorial. De manera que Bogotá incide de distintas maneras las formas como cada pueblo concibe y organiza su relación con el territorio.

Frente a este escenario, los pueblos indígenas van construyendo procesos de reorganización que les permiten dar continuidad a lo colectivo en la ciudad sin perder sus referentes propios. Estas dinámicas se expresan en prácticas de reterritorialización mediante las cuales se resignifican los espacios urbanos y se recrean formas de cuidado, encuentro y espiritualidad, como ocurre en las huertas comunitarias de los pueblos muisca de Bosa y Suba y del pueblo Misak; la recreación de la tulpa en pueblos como Pastos, Yanacóna y Kamëntšá; así como encuentros rituales, de palabra y de medicina entre los Uitoto a través del mambeadero, y también entre pueblos como Inga, Kichwa, Wounaan Nonam y Eperã Siapidaara, configuran maneras situadas habitar la ciudad desde el pensamiento propio.

En la ciudad, los pueblos indígenas enfrentan dificultades concretas para mantener sus prácticas de alimentación, cuidado y bienestar. En muchos casos, estas condiciones limitan el cuidado individual y colectivo. Los pueblos señalan la falta de tierra para sembrar, el acceso reducido a alimentos propios y plantas medicinales, y la ausencia de lugares como ríos, cascadas, humedales o cerros para realizar prácticas de cuidado y rituales. Para los pueblos Eperã Siapidaara y Wounaan Nonam, la imposibilidad de contar con espacios acuíferos afecta directamente sus prácticas espirituales. En Uitoto, Tubü Hummürimassa y Eperã Siapidaara, la dificultad para pescar o recolectar alimentos propios incrementa la dependencia de comida industrializada, con efectos en el cuerpo y el ánimo colectivo. Para los Muisca de Bosa y Suba, la transformación de humedales y sitios de significación altera de manera permanente su relación con el agua y el territorio. A ello se suman la dispersión de las familias, los costos de vida y la falta de espacios comunitarios. En pueblos como Misak Misak y Kamëntšá, el tráfico, la contaminación, las largas distancias y el ruido aparecen como factores que afectan el estado físico y el ánimo cotidiano.

La relación que los 14 pueblos indígenas establecen con la ciudad se sostiene mediante las adaptaciones que cada pueblo logra elaborar. En muchas ocasiones las prácticas territoriales no desaparecen, sin embargo, estas no alcanzan a reproducirse de la misma manera que en los territorios de origen. En muchos casos, estas prácticas se reconfiguran mediante adaptaciones ajustadas al contexto urbano de la ciudad. Es así como espacios de carácter comunitario siguen convocando a comuneros y autoridades tradicionales, tales como la tulpa o el mambeadero. De igual forma ocurre con las huertas urbanas que permiten mantener vínculos con la siembra y la medicina propia.

Las adaptaciones anteriormente nombradas se desarrollan, sin embargo, en medio de límites y tensiones persistentes. La falta de tierra para cultivar, la restricción en el acceso a plantas, agua y espacios naturales necesarios para llevar a cabo rituales o prácticas de pago, así como la imposibilidad de reproducir plenamente las condiciones del territorio de origen, configuran límites estructurales a la vida territorial en la ciudad. A ello se suman fricciones asociadas a los ritmos y dinámicas urbanas impuestas, las regulaciones sobre el uso del espacio y, como en el caso de los muisca de Bosa y Suba, la expansión de la ciudad sobre sus territorios ancestrales. En la ciudad, el territorio sigue siendo un referente vivo para los pueblos, aunque se exprese de maneras distintas, relación que se construye en medio de

tensiones propias del entorno urbano, y que transforman la forma en que se establece una relación con el territorio, se habita y se pone en práctica.

3.3. Cuerpo Humano

Desde la concepción de la perspectiva de la cosmovisión de los pueblos indígenas el cuerpo humano no se reduce en su definición como un elemento aislado del espíritu, sino como una manifestación física del orden cósmico y espiritual; reflejo de los principios de reciprocidad, complementariedad y equilibrio que orientan los sistemas de pensamiento propio de los pueblos originarios. La visión integral con la que los pueblos indígenas interpretan el mundo que habitan, parte de comprender el cuerpo humano como elemento indivisible de esa “totalidad orgánica, viva y completa” (CEPAL. 2020), siendo el cuerpo humano el espacio donde confluyen las dimensiones físicas, espirituales y comunitarias que otorgan sentido a la vida de su pueblo.

De acuerdo con los sistemas de pensamiento propio de los pueblos indígenas considerados en este estudio, el cuerpo humano se entiende como un cuerpo ligado de manera directa al territorio, la comunidad, el pensamiento y la dimensión espiritual. Es el primer lugar donde se cuida y se ordena la vida colectiva, y donde se expresan los equilibrios y las afectaciones que afecten tanto a la persona como al colectivo, al ser este el lugar donde se inscriben las experiencias del territorio, e incluso, las tensiones de la vida urbana y los procesos de cuidado que permiten conservar la armonía en la ciudad. A partir de esta relación, el cuerpo cumple un papel central como punto de articulación de los vínculos que organizan la vida colectiva. Cuando dichas relaciones se debilitan o se rompen, el cuerpo es el primero en evidenciar alguna alteración.

En esta medida, la enfermedad se expresa como una señal corporal de desequilibrios que afectan la vida colectiva, lo que convierte al cuerpo en un lugar donde se sienten y se hacen visibles las alteraciones que ocurren tanto en las relaciones comunitarias, espirituales y territoriales, funcionando como registro de lo que sucede en la vida del colectivo. En este orden de ideas, el cuerpo también se reconoce como portador de memoria en donde se inscriben experiencias familiares y comunitarias, los aprendizajes transmitidos por los mayores y el lugar de los ancestros.

De igual forma, se le relaciona con marcas asociadas a los nacimientos, duelos, desplazamientos, incluyendo prácticas de cuidado. De manera que la memoria se teje en las relaciones entre las distintas generaciones, en el aprender de los mayores y en el acompañamiento de nacimientos, duelos y rituales, en donde el cuerpo cumple un papel central como lugar de transmisión de saberes, prácticas y formas de relacionarse con la vida y el cuidado del colectivo. La relación entre cuerpo y vida colectiva se expresa de manera particular en cada pueblo. En los pueblos Misak, Nasa, Pijao y Pastos, el cuerpo se vincula de forma directa con el trabajo cotidiano, el caminar del territorio y la posibilidad de preservar prácticas propias; cuando estas relaciones se interrumpen en la ciudad, el cuerpo manifiesta cansancio, debilitamiento o pérdida de fuerza para continuar.

En los pueblos Kichwa, Inga y Kamëntšá, el cuerpo se reconoce atravesado por el pensamiento y la emoción, de modo que preocupaciones persistentes, miedos o tristezas afectan primero la energía vital y, sólo posteriormente, se expresan como enfermedad. En los pueblos Eperãrã Siapidaara y Wounaan Nonam, el cuerpo se entiende como parte de la relación con el

entorno, especialmente con el agua y los lugares de cuidado y protección. Cuando esa relación se altera, el cuerpo también se afecta, y por eso los malestares se explican como desequilibrios en esos vínculos. En los pueblos Uitoto y Tubü Hummürimassa, el cuerpo se entiende como parte de una totalidad viva más amplia, donde la palabra, la energía y el orden del universo regulan la vida, y las afectaciones corporales se leen como señales de desarmonías en ese orden. En el caso de los Muysca de Suba y Bosa, el cuerpo está ligado al territorio ancestral, a los ciclos del agua y a la memoria del pueblo.

En él se reflejan tanto las afectaciones que ha traído la vida en la ciudad como los procesos de resistencia y recuperación territorial que la comunidad viene adelantando de manera colectiva. Entre estos pueblos indígenas, el cuerpo se concibe como un proceso que se va desarrollando a lo largo de los ciclos de la vida; gestación, nacimiento, crecimiento y tránsito hacia la muerte forman parte de un continuo en el que el cuerpo mantiene una relación activa con el territorio, la comunidad y el orden espiritual que hacen posible la vida colectiva. En varios pueblos indígenas, entre ellos Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Misak Misak, Pastos, Yanacona, Inga, los ciclos de la vida se organizan desde una lógica de espiral, en la que el nacimiento, el crecimiento, la muerte y la continuidad se articulan como momentos de retorno, transformación y renovación permanente. La espiral de la vida expresa, así, una forma de entender el tiempo y el cuerpo en permanente movimiento, siempre vinculados al territorio y a la memoria colectiva.

En pueblos como Eperã Siapidaara y Tubü Hummürimassa, específicamente entre los Yepamassa (pueblo integrado al Tubü Hummürimassa, a través de las prácticas de exogamia propia de pueblos amazónicos), además de los pueblos de origen andino como Muisca de Bosa, Nasa, Inga, Kamëntsa y Misak Misak, el nacimiento se acompaña de prácticas orientadas a fijar la relación entre el cuerpo y el territorio desde los primeros momentos de la vida, entre ellas la siembra del ombligo o del cordón umbilical. Esta práctica inscribe al recién nacido en una relación de pertenencia y cuidado, vinculando su cuerpo a un lugar específico y a la memoria del territorio.

En el contexto urbano de Bogotá, la imposibilidad de realizar esta siembra en el territorio de origen marca tensiones en el ciclo de vida que se expresan de manera diferenciada entre estos pueblos. Algunas familias optan por desplazarse al territorio ancestral para el parto y la siembra del ombligo, en otros casos, como ocurre en el Pueblo Misak Misak, la no realización de la siembra se vive como una afectación profunda en la continuidad de la relación cuerpo-territorio. En contraste a lo anterior, el pueblo Inga, para quien el territorio se construye en los lugares donde el pueblo vive y organiza su vida, no ve necesario desplazarse hasta su territorio de origen para sembrar allí el ombligo del recién nacido, facilitando la conservación del equilibrio incluso en los contextos urbanos, donde recrean sus prácticas y su pensamiento propio.

En los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa, los ciclos de la vida se manifiestan a partir de una estrecha relación con su territorio ancestral en donde el cuidado del cuerpo se basa en ritmos de la naturaleza; ciclos lunares en el caso de Muysca de Suba y para Muisca de Bosa según ciclo solar (solsticios y equinoccios) de acuerdo a su calendario ancestral. La transformación que ha sufrido referentes de valor cultural y espiritual para estos pueblos como lo son ríos y humedales en la ciudad por causa de la expansión urbana transgrede las prácticas propias de estas comunidades en torno al cuidado del cuerpo, donde la expansión de la ciudad,

la pérdida de lugares sagrados y la fragmentación del territorio han afectado la continuidad de saberes y tradiciones. Las prácticas propias involucradas con la atención y el cuidado en los diferentes momentos del ciclo de vida se ven alteradas frente a las condiciones impuestas por el contexto urbano.

En pueblos como los Muisca de Bosa y Suba, Pastos, Inga, Yanacona, Nasa y Misak, etapas como la gestación y el nacimiento se desarrollan en la ciudad bajo la influencia de lógicas que no siempre dialogan con sus sistemas de pensamiento propio, tales como la atención brindada en hospitales o demás entidades de salud. Es así como, la atención del parto en entornos hospitalarios sin el acompañamiento de parteras o la limitación en la participación de los sabedores en medicina propia, además de la imposibilidad de realizar ciertos cuidados tradicionales en el lugar, generan tensiones que estos pueblos interpretan como alteraciones en el equilibrio del ciclo vital, afectando tanto a la madre como al recién nacido. Estas situaciones se entienden como perturbaciones en las relaciones que acompañan el inicio de la vida y que, desde el pensamiento propio, son claves para el cuidado, la protección y la armonización del cuerpo en sus primeras etapas.

Para pueblos como Eperārã Siapidaara, Wounaan, Uitoto y Tubü Hummürimassa, el ciclo de la vida se vincula de manera directa a la protección espiritual del cuerpo. La ausencia de lugares que cuenten con las condiciones necesarias para llevar a cabo los rituales de protección, tales como ríos o quebradas (en el caso de los Eperārã Siapidaara, donde la presencia del agua es un elemento primordial de purificación), así como la ruptura de la relación con aguas, lugares y fuerzas del entorno, genera preocupaciones ante la mayor exposición del cuerpo a la vulnerabilidad en la ciudad. Ante estas circunstancias, se requiere proteger el cuerpo mediante la palabra, el acompañamiento de los mayores y la práctica de armonización frente a los efectos de la ciudad, ante la imposibilidad de poner en práctica rituales destinados a mantener el equilibrio.

Frente a la relación en el tránsito de la vida y la muerte, pueblos como Kichwa, Inga y Yanacona señalan que la muerte es pensada como parte del movimiento continuo de la vida, sin que ello implique un cierre definitivo. En el contexto urbano, las restricciones para realizar rituales funerarios o el retorno del cuerpo al territorio de origen se experimentan como rupturas en este ciclo, con efectos que se inscriben en el cuerpo de los familiares y en la vida colectiva. En el contexto urbano de Bogotá, las formas de vivir y cuidar el cuerpo se ven afectadas por condiciones que introducen tensiones específicas en la vida cotidiana de estos pueblos indígenas.

Una de las afectaciones más sensibles para estos pueblos en la ciudad se relaciona con la alimentación, especialmente en pueblos como Eperārã Siapidaara, Wounaan y Tubü Hummürimassa, para quienes el acceso restringido a alimentos propios ha generado dependencia de productos industrializados, provocando cambios en su dieta, lo que a su vez repercute directamente en la salud de cuerpo. Estas transformaciones se expresan en pérdida de fuerza, malestares digestivos, sensación de debilidad entre otras afectaciones, lo que se interpreta como resultado de la ruptura de relaciones fundamentales con el territorio y prácticas propias que hacen posible la vida colectiva. En estos pueblos, la alimentación no se separa del equilibrio corporal ni del cuidado espiritual, por lo que su alteración tiene efectos profundos en la vida cotidiana.

Las dinámicas y ritmos acelerados de la ciudad, las exigencias laborales, el tránsito o el estrés de la capital afectan de manera directa al cuerpo, expresando cansancio persistente, debilitamiento o pérdida de la fuerza. En pueblos como Misak, Nasa, Pijao y Yanacona, estas afectaciones se nombran como señales de desarmonía que aparecen cuando se dificulta mantener la vida colectiva, los tiempos propios y la relación con el territorio que mantiene al cuerpo en equilibrio. En relación con estas condiciones de tensión impuestas por la ciudad, los pueblos indígenas despliegan diversas formas de reorganizar el cuidado del cuerpo en Bogotá, desde sus propias referencias y posibilidades. En el pueblo Yanacona, se fortalecen espacios colectivos de encuentro y acompañamiento comunitario como forma de contención frente a las tensiones urbanas. En los pueblos Kichwa, Inga y Kamëntsá, la palabra, las limpias y la orientación de los mayores cumplen un papel central para cuidar el cuerpo y el pensamiento en medio del ritmo de la ciudad.

En los pueblos Misak y Nasa, se recrean prácticas colectivas de cuidado y apoyo mutuo que buscan evitar el aislamiento corporal y emocional. En los pueblos Ambika Pijao y Pastos, el cuidado del cuerpo se mantiene a través del trabajo comunitario y de estrategias para mantener prácticas propias aún en contextos de restricción. Estas formas de cuidado no eliminan las tensiones propias de la vida urbana, pero permiten que el cuerpo no quede aislado y continúe articulado a la comunidad, funcionando como el lugar desde el cual se perciben las desarmonías y se buscan maneras de mantener la vida colectiva en la ciudad. Desde este recorrido, el cuerpo se establece como el principal lugar de lectura del equilibrio y de las afectaciones en la vida colectiva, en tanto condensa relaciones, prácticas y experiencias que exceden lo individual para trascender a lo colectivo.

3.4. Salud

Los pueblos indígenas que hacen parte de esta caracterización coinciden en interpretar la salud como una relación de equilibrio y armonía que articula el cuerpo, el pensamiento, la dimensión espiritual, la comunidad, el territorio y la naturaleza. Esta relación se concibe como una totalidad orgánica en la que cada uno de estos elementos se mantiene en vínculo con los otros y adquiere sentido en la manera como se organiza la vida colectiva. En esa lectura, la salud se cuida bajo principios de correspondencia, reciprocidad y cuidado mutuo, que orientan la forma como se tejen las relaciones entre personas, comunidad, territorio y naturaleza.

Desde esta perspectiva, la salud involucra el bienestar del colectivo, el cuidado del territorio y la forma como se regulan las relaciones comunitarias, integrando las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual de la persona y su comunidad. De esta manera, las prácticas de cuidado que protegen la vida colectiva se ordenan en coherencia con la historia de cada pueblo, sus formas propias de organización y las condiciones concretas en las que habita.

Entre los pueblos Misak Misak, Nasa e Inga, la palabra y la norma se articulan de manera directa con estructuras organizativas y autoridades propias que regulan la convivencia y orientan el equilibrio colectivo. En estos pueblos, el cuidado de la salud se ejerce mediante el consejo permanente, la orientación de los mayores y el cumplimiento de normas que ordenan las relaciones comunitarias y el equilibrio colectivo.

En el pueblo Ambiká Pijao, la salud se cuida en el equilibrio entre el Chirí y el Chajuá, frío y calor, principio que ordena las relaciones consigo mismo, con la comunidad y con la Bota Ima (Madre Tierra). Este equilibrio se expresa en el “buen caminar”, en la transmisión de

saberes, en el uso de plantas y en las armonizaciones que mantienen la fuerza espiritual y la convivencia cotidiana (C. Yara, comunicación personal, 17 de octubre de 2025; J. Farfán, 2025). Cuando esta balanza se altera, la afectación se manifiesta primero como pérdida de armonía y del sentirse bien, antes de ser nombrada como enfermedad.

En el pueblo Kichwa, el cuidado de la salud se organiza a partir del principio del Sumak Kawsay o Buen Vivir, desde el cual se articulan las relaciones familiares, comunitarias y la relación respetuosa con la naturaleza, orientadas a proteger el bienestar colectivo y prevenir alteraciones del cuerpo y el pensamiento. En los pueblos Pastos y Yanacona, esta relación se expresa en la posibilidad de llevar una cotidianidad en equilibrio, ligada al trabajo diario, a la relación con el agua y a la continuidad de prácticas comunitarias que ordenan el cuidado del cuerpo y la convivencia. Las dificultades para mantener estas prácticas se viven como tensiones que afectan el equilibrio colectivo y el bienestar.

En los pueblos Uitoto y Tubü Hummürimassa, la salud se relaciona con el cumplimiento del orden que regula las relaciones entre personas, comunidad, naturaleza y las fuerzas que hacen posible la vida. Desde allí, las desarmonías atraviesan de manera simultánea el pensamiento, el cuerpo y la vida colectiva, sin leerse como eventos aislados. En los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa, el cuidado de la salud se orienta al cuidado del pensamiento, a la palabra de los mayores y a la reconstrucción de vínculos comunitarios en contextos urbanos donde el territorio ancestral se superpone con la ciudad. La ciudad de Bogotá implica desafíos para estos pueblos indígenas; asentamientos dispersos, embotellamientos, largos tiempos de desplazamiento y ritmos urbanos que inciden en la forma como los pueblos indígenas cuidan las relaciones que preservan la salud. La dificultad para encontrarse con regularidad, acompañar a los mayores, la ausencia de espacios colectivos donde se puedan llevar a cabo encuentros de palabra hace que mantener el equilibrio exija mayor esfuerzo en la vida cotidiana.

Estas condiciones conservan los principios desde los cuales los pueblos entienden la salud y, a la vez, transforman las prácticas con las que se cuida el bienestar colectivo. La fragmentación de los tiempos comunitarios, las exigencias laborales y económicas y la escasez o ausencia de espacios adecuados obligan a reorganizar el cuidado de las relaciones, incrementando el trabajo cotidiano necesario para preservar la armonía en la vida familiar y comunitaria. En los relatos del pueblo Misak Misak, por ejemplo, estas tensiones se asocian con la dificultad de posibilitar la participación comunitaria y el acompañamiento continuo de los mayores, frente a lo cual prácticas como el tejido aparecen como una forma de aquietar el pensamiento, recuperar la calma y mantener el equilibrio en medio de las dinámicas aceleradas de la ciudad.

A pesar de estas condiciones, en los espacios de encuentro y diálogo los pueblos destacan la importancia de conservar prácticas cotidianas que cuidan el equilibrio en la ciudad. En el pueblo Yanacona, la recreación de espacios de palabra y encuentro comunitario aparece como una forma central de cuidar la armonía colectiva en medio de la dispersión urbana. En el pueblo Ambiká Pijao, el acompañamiento entre familias, el respeto por las orientaciones de los mayores y la búsqueda de momentos compartidos en el hogar se nombran prácticas que permiten preservar la tranquilidad del pensamiento y la vida familiar. Estas prácticas permiten conservar en la cotidianidad la relación entre cuerpo, pensamiento, comunidad y entorno, fortaleciendo el bienestar colectivo en el contexto urbano.

En conjunto, estas experiencias muestran que Bogotá se ha convertido en un escenario donde los pueblos indígenas reorganizan su vida cotidiana, adaptando sus formas propias de cuidado, relacionamiento y convivencia a las condiciones de la ciudad. Esto incide de forma constante en el esfuerzo por mantener el equilibrio que define la salud, sin que ello signifique abandonar las prácticas propias de cuidado. Es así como la ciudad presenta condiciones que van desgastando ese equilibrio, de modo que la salud se mantiene bajo tensión durante largos periodos, antes de llegar a nombrarse como enfermedad.

Desde esta perspectiva, la salud es sostenida en tanto las relaciones que articulan el cuerpo, pensamiento, espiritualidad, comunidad, naturaleza y territorio logran mantenerse en equilibrio. Cuando estas relaciones se tensionan o se alteran de manera persistente, el bienestar de las personas, al igual que del colectivo, comienza a verse afectado y el equilibrio que sostiene la vida se debilita. Es en este punto donde los pueblos coinciden en que la salud deja de sostenerse plenamente y se abre el tránsito hacia estados de desarmonía que pueden llegar a derivar en afectaciones más profundas.

3.5. Enfermedad

En los pueblos indígenas asentados en Bogotá, la enfermedad aparece vinculada a procesos de desarmonía y desequilibrio, que afectan las relaciones entre cuerpo, pensamiento, espiritualidad, comunidad, naturaleza y territorio. Según lo expresado por los pueblos en sus descripciones, así como en las entrevistas y en los círculos de la palabra, las rupturas del orden armónico y natural pueden alterar o perturbar las relaciones que articulan cuerpo, pensamiento y comunidad. Con el tiempo, cuando estas rupturas no son atendidas, comienzan a hacerse visibles en el cuerpo, en la vida familiar o en la convivencia comunitaria. Es en ese momento cuando, al profundizar las desarmonías, las enfermedades son nombradas. Si bien, todos los pueblos coinciden en esta lógica, los planos en los que estas desarmonías o desequilibrios se manifiestan, así como los tiempos y los criterios utilizados para nombrarlos enfermedad, varían entre pueblos, dado que cada uno lo define desde su propio sistema de pensamiento.

Los pueblos aquí nombrados coinciden en que las desarmonías no se nombran de inmediato como enfermedad. Cada pueblo reconoce tiempos, planes y criterios propios para identificar cuándo un desequilibrio se ha profundizado y requiere ser atendido desde otros saberes y prácticas. Desde sus sistemas de pensamiento, estas desarmonías se van manifestando en distintos ámbitos de la vida, tanto a nivel individual como colectivo, a través de señales que involucran el cuerpo, el pensamiento, las relaciones familiares, la convivencia comunitaria y el vínculo con el entorno.

En pueblos como el Kichwa, el Kamëntsa, el Ambiká Pijao, el Muysca de Suba y el Muisca de Bosa, suele reconocerse primero en el pensamiento a la desarmonía, nombrándola intranquilidad, preocupación persistente, sensación de carga o pérdida de claridad, y aparece vinculada a tensiones familiares, dificultades en la palabra o situaciones que no han sido resueltas en la vida cotidiana. Estas señales se interpretan como avisos tempranos de que algo en la vida no está en su lugar y que requiere atención, antes de que esta se manifieste. En este orden, para estos pueblos, el pensamiento ocupa un lugar central en el cuidado de las personas y de la comunidad y desde donde se regulan las relaciones con el cuerpo, el territorio, la espiritualidad y la vida colectiva.

En los pueblos Misak Misak, Nasa y Yanacona, la desarmonía tiende a reconocerse primero en la alteración de las relaciones comunitarias y de la convivencia cotidiana. Por ejemplo, la ruptura del consejo, el incumplimiento de normas propias o el debilitamiento de los vínculos colectivos son leídos como advertencias tempranas de un desequilibrio que afecta al conjunto de la comunidad y que requiere de su atención.

Para pueblos como Uitoto, Tubü Hummürimassa, Eperãrã Siapidaara y Wounaan, la desarmonía suele manifestarse primero en el cuerpo, no como origen del síntoma, sino como nodo dentro del tejido de relaciones donde se hace visible el quiebre. El cansancio persistente, la pérdida de ánimo, el dolor o la tensión corporal se reconocen como señales que involucran de manera conjunta el pensamiento, la espiritualidad, la vida comunitaria y la relación con el territorio y la naturaleza. Desde esta lectura, el cuerpo hace evidente aquello que se ha alterado en el orden de las relaciones colectivas. En esta diversidad de formas de reconocimiento se inscribe también la mirada del Pueblo Muisca de Bosa, donde se señala que “las desarmonías empiezan a llegar después de que aparecen los hospitales” (M, Cobos 2025). Esta afirmación deja evidenciar que la institucionalización de la salud no necesariamente se traduce en bienestar integral. Por el contrario, desde esta perspectiva, la irrupción de dispositivos biomédicos puede generar rupturas en los equilibrios comunitarios, espirituales y territoriales previamente existentes.

Un aspecto fundamental que surge del entendimiento de estos pueblos acerca de las desarmonías, los quiebres y su concepción de la enfermedad es la distinción que establecen según el origen, el contexto y el plano en el que se produce la ruptura. En pueblos como los Muisca de Bosa, se reconoce de manera explícita la diferencia entre enfermedades propias, identificadas como presentes desde el pasado de su pueblo y atendidas mediante prácticas ancestrales, y otras asociadas a condiciones más recientes de la vida urbana. En los Muysca de Suba, se diferencian impactos que comprometen el cuerpo físico de aquellas que alcanzan planos más profundos del ser, nombradas como enfermedades del alma, así como desarmonías vinculadas a fuerzas o eventos del entorno.

En el pueblo Pastos, ciertas afectaciones se leen a partir de señales corporales asociadas a lugares específicos, reconocidas como espanto. Estas distinciones operan como formas situadas de leer la desarmonía, orientar las prácticas de cuidado y definir los caminos adecuados para la atención y la sanación, en coherencia con el sistema de pensamiento propio de cada pueblo. Otro elemento que emerge en el marco de estas distinciones es que algunos pueblos reconocen diferencias entre las enfermedades propias y aquellas que se han incorporado en el contexto urbano, asociadas a las condiciones de vida en la ciudad. Estas últimas se vinculan a cambios en la alimentación, a la contaminación, al estrés y a los ritmos urbanos, y se expresan en padecimientos como la diabetes, el asma u otras enfermedades crónicas.

En el reconocimiento de las enfermedades o desarmonías, algunos pueblos nombran padecimientos propios, como el mal de ojo, mal de aire, el cuajo, cansancio espiritual, ruptura del pensamiento propio y otras afectaciones tradicionales, que forman parte de su conocimiento ancestral. Estos padecimientos orientan de manera directa las decisiones sobre el cuidado, pues no se atienden desde cualquier lugar ni por cualquier persona. Su nombramiento activa prácticas, saberes y formas de acompañamiento específicas, a partir de las cuales los pueblos deciden a quién acudir y cómo intervenir la afectación. Desde este punto se hace visible el lugar

de la medicina propia como referencia central para atender la enfermedad y cuidar la vida colectiva, también en el contexto urbano.

3.6. Medicina Propia

La medicina propia es el conocimiento heredado por los ancestros, que reúne prácticas y saberes orientados a cuidar y restablecer el equilibrio de la vida, que se sustenta en el entramado de relaciones entre cuerpo, territorio, comunidad, pensamiento, naturaleza y la dimensión espiritual. Desde la cosmovisión y sistemas de pensamiento indígena, la medicina propia orienta la forma de comprender y habitar el mundo, constituyéndose en pilar de la vida cultural de los pueblos originarios. La medicina propia como sistema de conocimiento indígena se construye en la práctica y en la experiencia acumuladas por los pueblos en la búsqueda de restaurar el equilibrio. Este rol al interior de las comunidades lo desempeñan los sabedores y sabedoras en medicina propia, quienes además de ser los poseedores del saber medicinal, ocupan un lugar de autoridad reconocido por la comunidad.

Entre estos pueblos indígena, los sabedores y sabedoras en medicina propia reciben denominaciones que responden a los sistemas de pensamiento y a las formas propias de ordenar el cuidado y el equilibrio de la vida. En pueblos como Nasa, Kichwa, Kamëntsá, Wounaan y Eperã Siapidaara, estas autoridades cuentan con denominaciones propias claramente reconocidas: the'wala entre el pueblo Nasa, yachak en el pueblo Kichwa, taita en el pueblo Kamëntsá, y jaibaná en el pueblo Wounaan o jaipana para los Eperã Siapidaara, quien es la figura que concentran la autoridad espiritual, el conocimiento y la responsabilidad en el cuidado del equilibrio colectivo. En otros pueblos, como Ambiká Pijao, Misak Misak, Pastos, Yanacona, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Uitoto y Tubü Hummürimassa, el reconocimiento de quienes orientan la medicina propia se expresa a través de denominaciones relacionales y funcionales, tales como sabedores y sabedoras, mayores, médicos tradicionales, abuelos y abuelas de palabra, guías u orientadores espirituales, categorías que acentúan la figura de mayorazgo, experiencia y de autoridad comunitaria.

La manera en que las sabedoras y sabedores en medicina propia reciben denominaciones diferenciadas tiene que ver, en muchos casos, con el tipo de atención que orientan y con el ámbito del equilibrio que acompañan. Por ejemplo, en pueblos como Nasa y Kichwa, el the'wala o el yachak, son quienes orientan procesos de armonización cuando el desequilibrio atraviesa estos planos. En el caso de los pueblos como Wounaan y Eperã Siapidaara, el jaibaná es quien acompaña situaciones en las que la afectación compromete la relación con las fuerzas espirituales y con el territorio, mientras que para los pueblos como Misak Misak, Yanacona o Pastos, el cuidado del equilibrio se articula a la palabra, la norma y la convivencia comunitaria, y es acompañado por mayores, autoridades espirituales o médicos tradicionales reconocidos por la comunidad. En otros pueblos, como Muisca de Bosa, Muysca de Suba o Uitoto, sus denominaciones responden al cuidado, la orientación y la responsabilidad que cumplen estos frente al equilibrio de la vida colectiva.

A través de la palabra, la música, danzas, rituales, el uso de plantas y el acompañamiento comunitario, la medicina propia se practica en función de mantener y restablecer el orden de las relaciones entre cuerpo, pensamiento, comunidad, territorio y dimensión espiritual. Su ejercicio se orienta por la manera como cada pueblo reconoce las afectaciones y define las prácticas necesarias para cuidar y recomponer ese orden. Desde esta

lógica, el cuidado, la sanación y la curación se entienden como instancias relacionadas con un mismo objetivo, las cuales se activan en el momento que se advierten las primeras desarmonías y se profundiza cuando la afectación llega a manifestarse en el cuerpo o en el colectivo.

Las descripciones hechas por los pueblos dan cuenta de que la medicina propia se ejerce a través de prácticas presentes aun antes de verse manifestada la enfermedad. En este sentido, el mantener el equilibrio implica además de atender las enfermedades o desarmonías, incluir acciones para prevenir. Es entonces mediante la orientación de los mayores, el acompañamiento de los sabedores y sabedoras en medicina y otras prácticas propias de la medicina indígena que buscan evitar cualquier desequilibrio.

Para los pueblos Misak Misak y el pueblo Yanacona, el cuidar se reconoce como una práctica permanente que mantiene el equilibrio y se expresa en espacios colectivos de palabra. En el caso Misak, esta se hace presente en las palabras de los mayores, en el cuidado del pensamiento y en el compartir alrededor del fuego; desde allí se atienden señales tempranas como el cansancio, la intranquilidad o los conflictos familiares, entendidos como avisos que requieren atención antes de que la afectación se fije en el cuerpo. En el pueblo Yanacona, la tulpá es el espacio donde se conversa, aconseja y acompaña a las personas cuando se advierten cambios en su ánimo, en su pensamiento o en su relación con la familia y la comunidad, orientando la convivencia y reafirmando los vínculos comunitarios. Por su parte, para el pueblo Eperã Siapidaara, el cumplimiento de las normas que ordenan la vida forma parte del marco que regula las responsabilidades individuales y colectivas, estableciendo criterios claros sobre la manera como se preserva la armonía en la comunidad.

En contraste a lo anterior, para el pueblo Ambiká Pijao, el cuidar forma parte del orden cotidiano de la vida comunitaria e inseparable de lo social, político y cultural. Las fuentes primarias muestran que la medicina propia acompaña la vida desde el cuidado de las relaciones, la orientación de prácticas que permitan preservar la armonía, así como atender los primeros signos de afectación.

Por otra parte, la sanación como práctica dentro de la medicina propia, está dirigida al restablecimiento de las relaciones que articulan el pensamiento, el espíritu, el cuerpo y la convivencia. Esto, tras haberse instalado ya el desequilibrio en la vida de la persona o del colectivo. En esta medida, lo que se requiere es el restablecimiento del equilibrio. En este momento, la atención se enfoca en armonizar aquello que se percibe está alterado, con el fin de restablecer los vínculos y limpiar o reordenar las relaciones que permiten recuperar el equilibrio, mediante el acompañamiento de sabedoras y sabedores en medicina.

La curación por su parte está concebida como la instancia de atención a la que se recurre cuando el desequilibrio se ha corporizado, es decir, cuando el cuerpo ya se ve directamente afectado, por lo que las acciones estarán focalizadas en aliviar, restablecer o preservar el bienestar corporal. De esta manera, la curación es entendida como una forma específica de reordenar las relaciones que se expresan en el cuerpo, en articulación con lo espiritual y lo comunitario.

Si bien el uso de las plantas está presente a lo largo de los distintos momentos de atención, su sentido y aplicación varían según el tipo de afectación que se reconoce. En los procesos de curación, los pueblos recurren al conocimiento específico de plantas medicinales y de elementos del entorno, preparados y aplicados de acuerdo con saberes propios, con el propósito de aliviar los malestares que ya se han manifestado en el cuerpo y recuperar su fuerza.

En los momentos de cuidado y sanación, las plantas se emplean para ordenar el pensamiento, limpiar cargas, armonizar relaciones alteradas y fortalecer la energía vital. En este ámbito se sitúa el uso del yajé entre los pueblos Inga y Kamëntsá, reconocido como una medicina mayor de orientación espiritual que permite identificar el origen del desorden y ordenar el pensamiento y la palabra. De manera similar, entre los Uitoto, la coca en preparaciones como el mambe y el ambil a base de tabaco, acompañan el consejo y el cuidado del pensamiento, mientras que en pueblos andinos como los Misak y Yanacona y Ambika Pijao, el tabaco se integra a prácticas de protección, armonización y orientación, encaminadas a recomponer el equilibrio antes de que la afectación se fije como enfermedad.

Según lo expresado por sabedores, sabedoras y comuneros, el acceso a muchas de las plantas reconocidas por los pueblos como de uso ancestral se constituye en una de las mayores limitaciones para la práctica de la medicina propia en la ciudad. En Bogotá, muchas de estas plantas o sus subproductos no son fáciles de conseguir: algunas porque las condiciones climáticas no permiten su cultivo, otras porque solo se encuentran en los territorios de origen, y otras porque no se cuenta con espacios adecuados para su siembra. Esta situación obliga a los pueblos a modificar o aplazar ciertas prácticas, a sustituir plantas por otras disponibles o a depender de redes de intercambio y apoyo comunitario para mantener los procesos de cuidado, sanación y curación, lo que evidencia cómo la ciudad incide directamente en las formas de ejercer la medicina propia sin que ello implique su abandono.

A lo anterior se suma también la dificultad para acceder a alimentos propios, lo que lleva a que muchos miembros de estos pueblos indígenas consuman alimentos disponibles en la ciudad que no hacen parte de su dieta tradicional. En los relatos recogidos, estos alimentos, en su mayoría procesados, son asociados con afectaciones en el cuerpo, pérdida de fuerza y aparición de enfermedades que antes no eran frecuentes. Esta situación es leída por los pueblos como consecuencia directa de las condiciones de vida en la ciudad, en la medida en que la alimentación cumple un papel central en el cuidado del cuerpo y en el cuidado del equilibrio, y su transformación incide de manera directa en la salud individual y colectiva.

Frente a estas condiciones, los pueblos han desarrollado diversas formas de adaptación que les permiten dar continuidad a la medicina propia en la ciudad. Entre ellas se encuentran la recreación de espacios de práctica en patios, viviendas, huertas y lugares urbanos reconocidos como propicios, la siembra y circulación de plantas medicinales en redes comunitarias y la alternancia consciente entre la medicina propia y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, según el tipo de padecimiento. En este proceso, la palabra, el acompañamiento comunitario y el papel de los sabedores y sabedoras adquieren un lugar central como formas de orientar el cuidado y recomponer el equilibrio. Así, aunque Bogotá introduce desarmonías específicas, los pueblos activan estrategias para mantener viva su medicina propia y garantizar la continuidad de sus saberes en el escenario urbano.

3.7. Salud Mental

La incorporación del concepto de *salud mental* en este contexto no busca imponer una categoría clínica, sino construir un puente entre la medicina biomédica y la visión indígena del bienestar. Para los pueblos originarios, la salud mental no es un término propio; funciona más bien como una categoría de *traducción intercultural*. Es una forma de nombrar lo que en sus

culturas se entiende como el equilibrio del pensamiento, el corazón, el espíritu y el territorio (Vélez et al., 2020).

Las voces recogidas en este proceso confirman que el bienestar no se puede fragmentar. Como explica el sabedor del Pueblo Wounaan Nonam, Sercelinito Piraza Burgara (2025), el cuerpo no es solo materia, sino una conexión viva con lo espiritual: "Si el cuerpo está mal, significa que algo en el espíritu o en los pensamientos también está desequilibrado". Bajo esta mirada, una dolencia física no es un hecho biológico aislado, sino el reflejo de una desarmonía más profunda. En esta misma línea, el líder indígena del Pueblo de Los pastos, O. Tapie (2025) sugiere que lo que occidente llama "trastorno", para ellos es desarmonía o desequilibrio surgido en el diario vivir. No se trata de un síntoma individual, sino de un quiebre en las relaciones cotidianas. Por su parte, la sabedora del Pueblo Kichwa A. Terán (2025) introduce las "enfermedades del alma", vinculadas al olvido de la Madre Tierra y las plantas medicinales. Así, cuidar el ánimo es, inseparablemente, cuidar el territorio. Finalmente, la comunera N. Montaña (2025) del Pueblo Misak, recalca que la armonía corporal es el resultado de un orden espiritual y comunitario. En definitiva, la salud mental para estos pueblos es el nombre que le damos a la capacidad de "estar bien" en comunión con el todo.

Esta visión coincide con lo planteado por el Ministerio de Salud (2019), donde el equilibrio es un estado de plenitud con uno mismo y con el entorno, regido por la Ley de Origen y el Derecho Mayor. No es un estado estático, sino una práctica diaria que se cultiva mediante el respeto, el cuidado y los rituales de armonización. Sanar no es solo "curar" al individuo, es restaurar su vínculo con las leyes cósmicas. Esta desarmonía se manifiesta de formas distintas según el pueblo. Estas diferencias muestran que no existe una única forma de reconocer el malestar, sino modos situados de interpretación que responden a trayectorias culturales específicas:

- **Muysca de Suba, Muisca de Bosa, Kichwa, Kamëntsá y Pijao:** Suele aparecer primero en el pensamiento (intranquilidad o pérdida de claridad).
- **Misak, Nasa y Yanacona:** Se refleja en la alteración de la convivencia y los lazos comunitarios.
- **Uitoto, Eperã Siapidaara, Wounaan Nonam y Tubü Hummürimassa:** Se manifiesta en el cuerpo como cansancio o pérdida de ánimo.
- **Los Pastos e Inga:** Se asocia directamente al Buen Vivir y al equilibrio energético (Ariza Abril, 2018; Tupue et al., 2019).

En relación con las sustancias psicoactivas (SPA), es necesario introducir una distinción clara entre el consumo problemático de sustancias y el uso de medicinas propias. Si bien desde una lectura biomédica algunas plantas o preparados tradicionales pueden contener componentes con efectos psicoactivos, estos no son concebidos ni utilizados como SPA por los pueblos indígenas. Diversos autores han propuesto el término "enteógeno" para referirse a aquellas plantas empleadas en contextos rituales, espirituales y terapéuticos, cuyo propósito es propiciar procesos de sanación, conocimiento y conexión con lo sagrado, diferenciándose de las sustancias consumidas con fines recreativos o de evasión (Ruck et al., 1979).

Asimismo, es importante reconocer que la categoría SPA no es homogénea entre pueblos: existen elementos naturales, destilados o preparados tradicionales que no son catalogados como sustancias psicoactivas en los marcos culturales propios, sino como medicinas o elementos de uso ritual. La aplicación indiscriminada de la categoría biomédica

puede, por tanto, generar lecturas imprecisas y desconocer el sentido cultural de dichas prácticas. Estas plantas, medicinales, preparados etc., hacen parte de sistemas médicos, espirituales y comunitarios, orientados a la búsqueda del equilibrio, la salud y el bienestar individual y colectivo. Su uso está enmarcado en rituales y momentos comunitarios específicos, regulados por saberes ancestrales, autoridades tradicionales y cosmovisiones (Gonzales & Castro, 2024). Ahora bien, en la ciudad, el consumo de Sustancias Psicoactivas debe leerse a través del desarraigo y la pérdida de identidad. El abuso de sustancias no es solo una conducta individual, sino el síntoma de redes de apoyo rotas y condiciones socioeconómicas hostiles que fracturan el equilibrio emocional (Gómez-Restrepo et al., 2016).

Comprender la salud mental indígena en entornos urbanos exige, por tanto, un enfoque intercultural. Uno que sepa diferenciar entre un ritual medicinal y un consumo problemático, reconociendo que la armonía de una persona depende siempre de la fuerza de su comunidad y su historia. Por ello, el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas surge como una variable relevante a considerar dentro del análisis intercultural de la salud mental y bienestar indígena, el cual será abordado en el Documento de Caracterización explorando las percepciones propias de SPA y los factores protectores y de riesgo de los catorce (14) pueblos.

Este análisis etnológico da cuenta de que, para los pueblos indígenas asentados en Bogotá, la salud y la enfermedad se sustentan en una noción relacional que articula cuerpo, pensamiento, espiritualidad, comunidad, naturaleza y territorio, de la cual depende, según lo definen los sistemas de pensamiento propio de cada uno de estos pueblos, que se conserve o no el equilibrio y la armonía entre estas dimensiones, lo que se refleja en el bienestar del colectivo y de las personas que lo integran. Concepciones que en la ciudad se ven bajo tensión por causa de las condiciones y dinámicas urbanas del distrito capital, siendo estas principalmente las limitaciones en el acceso a territorio, plantas y alimentos propios, así como a espacios de carácter comunitario y ritual.

En este contexto de ciudad, mantener el equilibrio exige para estos pueblos mayores esfuerzos cotidianos, mientras que las afectaciones aparecen con mayor frecuencia cuando no es posible reproducir las prácticas que conciben necesarias para mantener el equilibrio y bienestar en sus vidas, tanto a nivel colectivo como individual.

Las tensiones y desafíos impuestos por la ciudad inciden en cómo los miembros de estas comunidades enferman, así como en las formas y estrategias a las que recurren frente a la necesidad de atención y cuidado a la salud, situación marcada a su vez por las diferencias entre pueblos según sus trayectorias territoriales y organizativas. Por lo que la situación de salud de estos pueblos requiere contar con una mayor comprensión de las condiciones, comportamientos poblacionales y sanitarios de estos pueblos indígenas, en sus dimensiones demográficas, epidemiológicas y de acceso a servicios.

La caracterización y el análisis comparativo de los conceptos propios de salud-enfermedad han permitido visibilizar la riqueza teórico-conceptual con base a la cosmovisión de los pueblos indígenas y el rol de las autoridades que 14 pueblos indígenas mantienen vigentes en Bogotá. Además, es importante mencionar que la pervivencia de estos sistemas de medicina ancestral se encuentra en una tensión y adaptación constante debido a los procesos de reterritorialización, las dinámicas migratorias, las transformaciones socioeconómicas y las particularidades de la vida en Bogotá. Estas realidades moldean y reconfiguran las formas en

que las comunidades vivencian sus ciclos vitales y protegen su salud en el día a día. Con el objetivo de entrelazar estas concepciones cosmogónicas y teóricas, el capítulo posterior, titulado “Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá”, muestra de forma detallada tanto los factores protectores como los factores que identifican los pueblos indígenas en Bogotá relacionados con la salud y como cada uno de ellos incide de manera significativa en su cotidianidad y culturalidad. De este modo, se busca dar una comprensión integral de cómo la población indígena pervive en sus formas de autocuidado ante sus necesidades de salud en el entorno urbano, también aportando insumos técnicos clave para el diseño de estrategias públicas con un verdadero enfoque diferencial e intercultural.

Capítulo 3. Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá

En este capítulo se analizan los procesos de salud y enfermedad de los Catorce Pueblos, reconociendo la complejidad de sus prácticas de cuidado, sus formas de organización y las múltiples dimensiones que configuran el bienestar individual y colectivo. Desde un enfoque intercultural, el análisis busca comprender cómo estos pueblos conciben la salud, la enfermedad, el cuidado y la sanación, entendidos no únicamente desde perspectivas biomédicas, sino también desde los sistemas de pensamiento propios, las relaciones comunitarias, la espiritualidad y el vínculo con el territorio.

Como punto de partida, se presentan las categorías investigativas que orientan la interpretación de la información recolectada y que constituyen el eje conceptual del capítulo, se sustenta en la identificación de factores protectores y deteriorantes, así como en el reconocimiento de las estructuras propias en salud que han sido construidas colectivamente por cada pueblo a partir de sus saberes ancestrales, sus procesos organizativos y su relación con el territorio. Estas categorías permiten organizar, sistematizar y comprender los hallazgos desde una perspectiva integral, reconociendo que los procesos de salud y enfermedad se configuran a partir de la interacción de dimensiones físicas y biológicas, espirituales, socioculturales, históricas, territoriales y medioambientales.

A partir de círculos de la palabra y recorridos territoriales, el capítulo evidencia las estrategias mediante las cuales los pueblos indígenas mantienen, recrean y adaptan sus prácticas de cuidado y sanación en el contexto urbano, enfrentando tensiones derivadas del desarraigo, la transformación del entorno y las dinámicas propias de la ciudad. De esta manera, se propone una lectura integral de la salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el resultado de relaciones armónicas entre el cuerpo, el pensamiento, la espiritualidad, la comunidad y el territorio, relaciones que continúan siendo fortalecidas y resignificadas por los pueblos indígenas en Bogotá.

En este marco, se destaca el papel fundamental de la medicina ancestral, la transmisión intergeneracional de conocimientos, la espiritualidad y el tejido comunitario como ejes centrales para la preservación del equilibrio individual y colectivo. Asimismo, se analiza la articulación con el sistema de salud occidental y las políticas públicas, en tanto escenarios que inciden en las condiciones de acceso, reconocimiento y garantía del derecho a la salud desde un enfoque diferencial. De esta manera, el capítulo propone una lectura integral de la salud en los pueblos indígenas, entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el resultado de relaciones armónicas entre el cuerpo, el pensamiento, la comunidad, la espiritualidad y el territorio, las cuales continúan siendo recreadas y fortalecidas en el contexto urbano de Bogotá.

1. Categorías de análisis

A continuación, se exponen las categorías investigativas que sustentan el análisis de estos procesos:

Factores protectores en salud: hacen referencia a las prácticas, condiciones y situaciones que promueven la salud, la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo, favoreciendo la prevención y el autocuidado. Estos factores abarcan dimensiones físicas y biológicas (edad, género, hábitos de vida, estado de salud), espirituales (espíritu,

pensamiento y emociones), territoriales y medioambientales (arraigo al territorio, protección de la naturaleza, acceso a servicios sociales, de salud y a la sanación ancestral), así como socioculturales e históricas (prácticas de medicina ancestral, cosmovisión, cosmogonía, Ley de Origen y transmisión de saberes). En este marco también se consideran aportes externos, como la articulación con el sistema de salud occidental, las redes interinstitucionales y las políticas públicas que reconocen la diversidad cultural y fortalecen la protección integral en salud.

Factores deteriorantes en salud: corresponden a las condiciones, prácticas y situaciones que afectan de manera negativa la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, expresándose en dinámicas que generan vulnerabilidad y riesgo. Aquí se incluyen factores biológicos (enfermedades no atendidas, desnutrición, desgaste corporal), físicos y asociados a hábitos de vida (consumo problemático de SPA, estilos de vida poco saludables, falta de autocuidado), espirituales (afectaciones en la armonía espiritual y rupturas con prácticas de sanación ancestrales), territoriales y medioambientales (desplazamiento, pérdida del territorio, expansión urbana, deterioro ambiental, contaminación de fuentes de agua, dificultad de acceso a siembras de medicina propia), así como factores socioculturales e históricos (discriminación, debilitamiento del tejido social, pérdida de saberes, ruptura en la transmisión intergeneracional y efectos de procesos históricos de despojo y exclusión). A esto se suma la falta de valoración y reconocimiento de la medicina ancestral y su articulación con el sistema de salud occidental.

Estructuras Propias en Salud: se entienden como las formas organizativas a través de las cuales cada pueblo indígena, desde su historia y procesos colectivos, gestiona los procesos de salud y enfermedad, junto con los factores protectores y deteriorantes que los atraviesan. Estas estructuras incluyen dinámicas territoriales e interculturales que se expresan en espacios de autonomía y autodeterminación, como gobiernos, coordinaciones, delegaciones, consejos de salud, rutas de atención propias, planes de vida, planes de salvaguarda, mandatos y estatutos, entre otros, orientados a responder a sus necesidades en materia de salud y a sus motivaciones propias.

2. Análisis transversal de los Factores Protectores en Salud

Este análisis se construyó a partir de los testimonios recogidos en los círculos de la palabra y los recorridos territoriales, a través de los cuales los pueblos indígenas identificaron los factores protectores en salud en el contexto de Bogotá. Para los Pueblos Indígenas los factores protectores en salud corresponden a las prácticas, saberes y condiciones socioculturales, espirituales, ambientales y territoriales con las cuales orientan el cuidado, la prevención y el mantenimiento del bienestar físico y corporal, a nivel individual y colectivo. Estos factores tienen lugar en sus sistemas de cuidado propio, a través de los cuales articulan el cuerpo, el pensamiento, la comunidad y el territorio; y toman forma en prácticas cotidianas de cuidado y autocuidado.

Además, priorizan el uso de la medicina propia en los rituales, espacios comunitarios y transmisión de saberes a las generaciones más jóvenes. A este aspecto se suman los procesos organizativos que se desarrollan en articulación con la oferta interinstitucional en salud y las políticas públicas del distrito, con el fin de acceder a una salud integral, desde un enfoque diferencial e intercultural. Las prácticas asociadas a estos factores se interrelacionan unas con otras, configurando así una red de cuidados que involucra a la familia, la comunidad, los

sabedores, las mujeres, los/as mayores/as y las nuevas generaciones, además de reconocer la incidencia de acciones externas en materia de salud pública integral.

A partir de lo anterior, los factores protectores en salud se analizarán en el marco de las siguientes dimensiones: la física y biológica, la espiritual, la sociocultural e histórica y la territorial - medioambiental, incluyendo de igual forma lo relacionado a la articulación con la medicina occidental.

2.1. Dimensión física y biológica

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, esta dimensión comprende de manera integral en relación con el cuerpo, la naturaleza y la vida colectiva. En este marco, se identifican tres grandes hallazgos que orientan las prácticas de bienestar y salud: en primer lugar, el cuidado y autocuidado a lo largo de los ciclos vitales y las etapas de transición, donde se articulan saberes ancestrales, prácticas preventivas y rituales que acompañan los cambios del cuerpo desde la gestación hasta la vejez; en segundo lugar, los hábitos de vida, que incluyen la actividad física y la alimentación propia como factores protectores fundamentales para el equilibrio físico y espiritual; y, en tercer lugar, el estado de salud junto con las prácticas de curación y sanación desde lo ancestral, basadas en el uso de plantas medicinales, la armonización y el acompañamiento comunitario. Estos tres elementos, interrelacionados, evidencian una concepción del cuidado que trasciende lo biológico y se fundamenta en el mantenimiento del equilibrio integral de las personas y sus comunidades.

2.1.1. Cuidado y autocuidado: ciclos vitales y etapas de transición.

Para los pueblos indígenas, el cuidado del cuerpo hace parte de las prácticas que acompañan los procesos de salud y enfermedad, mediante las cuales se atienden las primeras señales de malestar y se busca preservar el bienestar físico y corporal de las personas. Se trata de saberes aprendidos en el entorno familiar y colectivo, heredados de generación en generación y contruidos en experiencias compartidas, según la manera en que cada pueblo se relaciona con su entorno.

En este sentido, las prácticas que conforman los sistemas de cuidado propio de cada uno de estos pueblos indígenas se hacen presentes en distintos momentos de la vida y en los diferentes ámbitos del transcurrir cotidiano de las comunidades. A lo largo del curso de vida, estas prácticas corresponden a medidas preventivas que se anticipan ante la posibilidad de desequilibrios del cuerpo derivados del quiebre de la relación con la naturaleza, la comunidad y la vida misma. Estas formas de cuidado, basadas en las concepciones propias sobre el orden de la vida y en saberes medicinales ancestrales, se manifiestan de diversas maneras y constituyen factores protectores de la salud para los pueblos indígenas. Es así como desde la gestación hasta la vejez, las personas atraviesan cambios corporales y sociales que son acompañados por la medicina ancestral, con el apoyo de la familia y la comunidad. En estos momentos, el uso de plantas medicinales, rituales y ceremonias no solo busca atender de manera preventiva futuros malestares o desequilibrios, sino también proteger y armonizar cada transición.

En un primer momento, las comunidades indígenas brindan atención corporal constante y transmiten saberes relacionados con el embarazo y puerperio, particularmente en lo referente a la alimentación, el reposo y el cuidado físico de la madre. Estas prácticas buscan prevenir diferentes malestares que pueden presentarse cuando no se guardan los cuidados necesarios en esta etapa inicial del curso de la vida. De esta manera, estas orientaciones de

cuidado se constituyen en una forma de prevención dirigida a proteger la salud de la madre durante el periodo posterior al parto. Muestra de ello es el caso del Pueblo Eperãrã Siapidaara:

Si una mamá recién parida se enferma de pasmo, hago el tratamiento con plantas medicinales, y también el cuidado del alimento. No se puede hacer tantos oficios ni fuerzas porque si hace oficios ahí es que llega la enfermedad de pasmo y otras enfermedades comunes. A veces las mujeres recién paridas no sienten el dolor porque en los hospitales aplican inyecciones y por eso dicen que no sienten, pero si no cuidan poco a poco se enferma de pasmo, se sienten dolor de cabeza, mareo, eso no le cura con inyección, sino con plantas medicinales hacer remedio de baños (M.C. Dura, comunicación personal, sabedora del pueblo Eperãrã Siapidaara, 2025).

En esta medida, el embarazo se integra al principio relacional *cuerpo-territorio*, de modo que el equilibrio de la madre y del entorno se conciben interdependientes para el bienestar del nuevo ser. La orientación a la madre puede comprender una dieta especial, baños con plantas medicinales, masajes corporales y restricciones según los usos y costumbres de cada pueblo, siempre procurando mantener el bienestar físico de la madre y su hijo/a. De acuerdo con esto, el embarazo trasciende la mirada biomédica que lo reduce a un evento individual y se concibe como un proceso vinculado con la continuidad cultural, la protección espiritual del recién nacido y su relación con el territorio. Así, esta etapa se entiende como un proceso de protección de la semilla y de pervivencia del pueblo, donde el cuidado inicia incluso antes de la concepción y se orienta por normas culturales, rituales y conocimientos ancestrales. La maternidad, por su parte, se vive como un acontecimiento que involucra a la comunidad y al territorio, reafirmando vínculos sociales y espirituales.

El nacimiento es otro momento de importancia en el curso de la vida. En el caso de los Pueblos Nasa, Inga, Kamëntsá, Misak Misak, Eperãrã Siapidaara, Muisca de Bosa y Muysca de Suba, tal como fue descrito en el primer capítulo, se lleva a cabo la práctica de la siembra del ombligo como un ritual que simboliza el arraigo a la tierra, la identidad y la protección espiritual del recién nacido. A esta práctica se suma la siembra de la placenta en los pueblos Muisca de Bosa, Muysca de Suba y Tubü Hummürimassa. En la tradición Muisca se denomina “Mortuoria”, y adquiere un significado especial dentro de los procesos de salud propia y espiritualidad de la comunidad.

Otra práctica de cuidado entre los pueblos de origen andino es el uso del *chumbe* (también llamado en *tsombiách* en lengua Kamentsá o *inzona* en lengua Muyscubun), el cual es un elemento de la vestimenta usado por la mujer a lo largo de su vida, cumple una función especial durante el embarazo y la recuperación de la madre después del parto protegiendo el vientre, además, se constituye en un elemento de cuidado para el fortalecimiento del cuerpo del recién nacido. De esta manera, estas prácticas de cuidado contribuyen a proteger el bienestar del recién nacido y de la madre durante esta etapa inicial. Evidenciándose que, desde el ámbito familiar, la transmisión de saberes se constituye en una forma de cuidado que contribuye a la prevención y al bienestar físico de las nuevas generaciones.

A lo largo de la primera infancia, el cuidado físico se sostiene mediante el contacto cercano entre la madre y el bebé, así como el acompañamiento permanente y la atención a las necesidades del cuerpo; mientras que, en etapas posteriores, este cuidado se amplía al

acompañamiento de personas mayores, manteniendo una lógica de apoyo familiar que atraviesa todo el curso de vida. Como lo menciona L. Jajoy perteneciente al pueblo Inga, “nuestros hogares son lugares donde aportamos, preparando nuestra medicina y enseñando a nuestros hijos las costumbres y la forma de elaborar los remedios”. (comunicación personal, 2026). De esta misma forma, desde el núcleo de cada familia se realiza la prevención y el cuidado de la salud, a partir de los saberes de los mayores y de las personas con conocimiento de la medicina ancestral; conocimientos que se replican entre las nuevas generaciones.

La transmisión de saberes y la enseñanza de prácticas propias a las nuevas generaciones se promueve mediante su participación en espacios familiares, comunitarios y organizativos, como se evidencia en pueblos como el Muysca de Suba, que durante el espacio de participación comunitaria denominado “Trasnocho”, se fortalece la crianza de la niñez aprendiendo acerca de la relación con la tierra. De igual forma ocurre con pueblos como el Nasa, Misak-Misak y Kamëntšá, en donde el acompañamiento de mayores y la orientación intergeneracional forman parte del cuidado desde etapas tempranas.

Así mismo, el tránsito de una etapa vital a otra es celebrado mediante rituales y ceremonias sagradas que dan sentido a las transformaciones del cuerpo y el paso hacia un nuevo ciclo y rol dentro del colectivo. En este sentido, el paso de niño a hombre o de niña a mujer, constituye un momento de especial significado. Mientras que para el hombre este tránsito se relaciona con las responsabilidades que asume en la sociedad, como proveedor y protector del hogar, en el caso del género femenino, además de las labores que también desempeñan, la importancia de la mujer radica en su capacidad gestante, dadora de vida y por ser quien, a través de la crianza, transmite conocimientos y cuidados en el ámbito familiar, relacionados con la enseñanza de los cuidados del cuerpo y la alimentación, la articulación entre la familia y la comunidad, entre otros.

Al respecto, el pueblo de Los Pastos, según lo referenciado por la sabedora Naifer Goyes, cuenta con un ritual de paso denominado “ritual de la mujer”, relacionado con los ciclos vitales femeninos. Su práctica cuenta con la orientación del sabedor y el empleo de sahumerios y plantas medicinales utilizados para la purificación y armonización, principalmente durante el proceso del embarazo (Comunicación personal, 2025). Para la comunidad de Los Pastos, la continuidad de esta práctica de cuidado femenino, aún en el contexto de Bogotá, reconoce el lugar de las mujeres dentro del proceso reproducción y también es una muestra de respeto por los ritmos naturales que marcan estas etapas.

En el caso del Pueblo Muysca de Suba, una de las prácticas culturales que evidencia la celebración de los cambios presentes a lo largo del ciclo vital de las mujeres es la denominada Ceremonia de la Niña Huitaca. En este ritual se conmemora la menarquía de las niñas, quienes son acompañadas por mujeres mayores reconocidas como sabedoras dentro de la comunidad. Estas mujeres transmiten conocimientos relacionados con la luna y la menstruación, así como prácticas de cuidado, medicina ancestral, tejido y elaboración de las inzonas, tejidos utilizados para la protección del vientre. Como parte de este proceso formativo, la pedagogía desarrollada durante el año culmina con una ceremonia realizada en la Chupqua Tibabuyes, concebida como “el útero del territorio extenso”. En relación con esta práctica, la Universidad del Rosario señala que:

Más allá de una perspectiva y cuidado de lo que podría denominarse salud sexual y reproductiva, los conocimientos que se transmiten mediante el pago y celebración de la Niña Huitaca constituyen, en realidad, un conocimiento holístico que, desde la cosmovisión Muysca y el saber ancestral, relaciona el cuidado del cuerpo y de lo femenino con el territorio y los lugares sagrados. Este aspecto, debido a su incidencia cultural y espiritual, ha consolidado un proceso de formación liderado por las mujeres y abuelas de la comunidad, dirigido a las niñas Muyscas de Suba que aún no han tenido su primera menstruación (Universidad del Rosario, 2023, p.35).

Tras superar la etapa de la niñez, llega un momento en el que las y los jóvenes comienzan a ser reconocidos como personas adultas dentro de su comunidad. Este tránsito hacia la adultez ocurre de manera progresiva y está acompañado por el aprendizaje de los roles y responsabilidades que cada integrante asume dentro del pueblo, así como por su participación en distintos ámbitos de la vida comunitaria. En este proceso, las transformaciones físicas y biológicas del cuerpo se articulan con la apropiación de saberes, funciones y responsabilidades sociales, las cuales se aprenden y ejercen en el ámbito familiar y comunitario.

Ahora bien, en el marco de los diferentes estadios de la vida, la etapa de la vejez, a diferencia de la visión predominante en occidente que la relaciona con el deterioro del cuerpo o la pérdida de capacidades, se comprende como la fuente de sabiduría y de conocimiento, razón por la cual son considerados autoridades dentro de estos colectivos, siendo quienes orientan los rituales y la toma de decisiones, al igual que cumplen un rol pedagógico frente a los conocimientos sobre la salud y el cuidado del cuerpo al interior de las comunidades.

En el caso de la comunidad Ambiká Pijao, los estadios de vida y rituales de paso no responden a un esquema universal ni al modelo biomédico, centrado en hitos biológicos como la pubertad o la vejez, sino que se estructuran desde su cosmovisión única, donde el tiempo y la transformación personal están intrínsecamente ligados a la espiritualidad, el territorio y la responsabilidad comunitaria. Para el pueblo el desarrollo humano se concibe a través del compromiso con la ancestralidad y el bienestar colectivo.

A lo largo de la adultez los cuidados y la atención en torno al bienestar de las personas están orientados de acuerdo con la perspectiva integral del pensamiento indígena, para mantener el equilibrio del cuerpo y preservar la armonía del colectivo, lo cual se busca mediante prácticas de armonización. Al mismo tiempo, los cuidados se enfocan en la atención del estado de salud de las personas frente a situaciones concretas que las aquejan.

2.1.2. Hábitos de vida: actividad física y alimentación propia.

Los hábitos de vida de los pueblos indígenas en el quehacer cotidiano se relacionan con la práctica de los saberes y conocimientos respecto al cuidado del cuerpo, se constituyen en factores protectores de salud que empiezan por cada persona y continúan en la familia, incluyendo también los vínculos cercanos, al igual que sabedores y sabedoras de la medicina ancestral. Es así como la alimentación propia, el descanso, la actividad física y la atención oportuna a los desequilibrios y malestares que aquejan el cuerpo hacen parte de prácticas que contribuyen al mantenimiento del bienestar físico.

La alimentación propia actúa como un factor protector fundamental, pues los pueblos vinculan el cuidado del cuerpo con el consumo de alimentos ancestrales para mantener el bienestar integral. Como se detalló en el primer capítulo, para comunidades como los Tubü

Hummürimassa, Wounaan Nonam y Uitoto, el acceso a productos tradicionales en Bogotá no es solo un asunto nutricional: se considera una herramienta que contrarresta el impacto negativo de los alimentos procesados presentes en el entorno urbano.

El Pueblo Misak Misak, señala que el consumo elevado de azúcares, junto con el sedentarismo en contexto urbano, está asociado a enfermedades cardiovasculares. Lo que conduce a señalar la alimentación propia y la reducción del azúcar como prácticas de cuidado y prevención (A. Tombé, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). En el caso del pueblo Pijao, según lo evidenciado en los instrumentos aplicados en la recolección de información primaria, la alimentación se constituye en el pilar central de las prácticas de salud. Su empleo hace parte de hábitos y saberes propios en torno al cuidado físico, basada en saberes culturales, estrechamente ligada a su medicina propia, con el fin de reforzar la espiritualidad y el bienestar integral de sus miembros.

Según lo manifestado por estos pueblos el alimento propio es definida como un elemento fundamental para el cuidado del bienestar individual y colectivo de sus comunidades, en tanto su consumo se asocia al fortalecimiento del cuerpo y el espíritu, al tiempo que en torno a esta se articulan prácticas culturales y comunitarias, además de su estrecho vínculo con formas de cuidado a nivel individual y colectivo. Al respecto el Pueblo Wounaan Nonam señala que el consumo de alimentos propios de su cultura como el “tapao” de pescado, se mantiene como una práctica significativa en la vida cotidiana de algunas familias en Bogotá. En este sentido, la sabedora del pueblo Wounaan Nonam señala: “el hábito de alimento saludable, cuando se menciona hábito se habla de la comida, de cómo se preparan los alimentos; en mi casa los niños quieren comer comida propia, como el tapao de pescado” (Celma Dura, comunicación personal, 2025).

Por otro lado, en Bogotá, la cotidianidad de estos pueblos se encuentra atravesado por los ritmos acelerados de la ciudad, el tráfico vehicular, la movilidad en largas distancias y demás elementos que marcan tanto nuevas condiciones de vida como nuevas formas en las que el cuerpo se resiente. Frente a ello, las comunidades recurren a formas propias de autocuidado y al apoyo mutuo de la red cercana. Un reflejo de ello son los juegos y actividades recreativas tradicionales que aparecen como prácticas que favorecen la actividad física, el estado del ánimo y alivio del estrés. La ciudad se convierte en escenario de encuentros comunitarios, en donde pueblos como el Uitoto, Kamëntsá y Los Pastos desarrollaron actividades lúdicas propias entre las que se destacan el arco y flecha, el juego de cerbatana, el lanzamiento de trompo, la recreación del juego de semillas y cosecha, la pelota de trapo, el juego de rueda, las ollas encantadas y el juego de la cinta y aro.

Un reflejo de ello son los juegos y actividades recreativas tradicionales que aparecen como prácticas que favorecen la actividad física, el estado del ánimo y alivio del estrés. La ciudad se convierte en escenario de encuentros comunitarios, en donde pueblos como el Uitoto, Kamëntsá y Los Pastos desarrollaron actividades lúdicas propias entre las que se destacan el arco y flecha, el juego de cerbatana, el lanzamiento de trompo, la recreación del juego de semillas y cosecha, la pelota de trapo, el juego de rueda, las ollas encantadas y el juego de la cinta y aro. Así mismo, se encuentran experiencias como los juegos del Kinzhá (Juegos del Colibrí) y el Festival Jizca Chía Zhue del pueblo Muisca de Bosa, que evidencian cómo estas prácticas favorecen la recuperación y preservación de los usos y costumbres, al tiempo que fortalecen la memoria ancestral, la identidad colectiva y los vínculos comunitarios. De manera

similar, en el pueblo Misak, las prácticas deportivas, los juegos ancestrales y los espacios culturales son comprendidos como estrategias para el fortalecimiento físico, espiritual y comunitario. En palabras de la Autoridad Tradicional de este pueblo:

Las autoridades realizan la práctica del deporte, los juegos propios, los juegos ancestrales propios, como por ejemplo los zancos. Yo me acuerdo en el polideportivo, espacio donde, pues, se realizan los juegos ancestrales, donde también ejercita la salud física y la identidad que se refleja en esos juegos. Eso es otro de los factores y también se reúnen en algunos momentos. Hemos hecho encuentros de tejido, pintura en este espacio articulado con la casa de la cultura, se han hecho pinturas con los niños en los espacios que hay y creo que eso es lo que se ha podido. (M. Yalanda, comunicación personal, 2025).

En este sentido, resulta pertinente reconocer que los juegos tradicionales y las actividades culturales propias de los pueblos indígenas se consolidan como escenarios de encuentro, integración y fortalecimiento comunitario. Así mismo, se identifican otras actividades deportivas adaptadas a la actualidad, como las desarrolladas por el Pueblo Kichwa, como uno de los factores protectores de mayor relevancia para este colectivo, asociado a la práctica del fútbol, el microfútbol, el baloncesto y el ecua-vóley. Éste último consiste en la adaptación del Voleyball con normas y formas propias desarrolladas por las comunidades Kichwas de Imbabura en Ecuador. La práctica frecuente, especialmente los fines de semana, cumple una doble función: promover la salud física y fortalecer la cohesión social.

He visto que específicamente para los hombres es relevante jugar ecua-vóley y fútbol. Creo que eso contribuye a fortalecer lazos en la comunidad y como actividad física las mujeres también juegan baloncesto y microfútbol los domingos. Siempre hay bastante comunidad los domingos en el centro. (S.M.2026).

En este orden de ideas, se evidencia cómo la alimentación propia y la actividad física, además de cumplir una función nutricional y de ejercicio, se expresa como un factor protector de salud que articula prácticas en torno a lo cultural, espiritual y comunitario, favoreciendo el fortalecimiento del cuerpo y el mantenimiento del equilibrio colectivo en el contexto urbano.

2.1.3. Estado de salud, prácticas de prevención, cura y sanación de la enfermedad desde lo ancestral.

En este mismo sentido, junto a las prácticas cotidianas de cuidado y autocuidado del cuerpo descritas anteriormente, la medicina ancestral es otro de los factores protectores identificados por estos colectivos indígenas, siendo este uno de los pilares dentro del sistema de cuidado de estos pueblos. Dentro de este conjunto de saberes y prácticas, el uso de plantas medicinales ocupa un lugar importante como forma de prevención, cura y sanación de diversos malestares. A través de los conocimientos transmitidos entre generaciones, tales como baños, tomas de medicina, vaporizaciones y otras formas de preparación de las plantas, las cuales continúan siendo empleadas en el ámbito familiar y comunitario como parte de las prácticas de cuidado frente a malestares y desequilibrios corporales.

En el caso del Pueblo Pijao, el sabedor del Equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) destaca que las prácticas de cuidado y prevención en salud se fundamentan en el uso de la medicina tradicional y en el equilibrio entre el cuerpo y la naturaleza. Al respecto, señala que “nuestra medicina nos aporta, desde tomar nuestras plantas medicinales, nuestros aceites (...) si es frío, plantas calientes, si es caliente, plantas frías” (C. Yate, comunicación personal,

20 de diciembre de 2025). Estas prácticas se complementan con acciones de limpieza, armonización y fortalecimiento espiritual, entre las que se incluyen “baños, tomas, vaporizaciones, purgarnos y salir a la naturaleza” (M. Mira, comunicación personal, 20 de diciembre de 2025). De esta manera, la medicina ancestral se configura como un sistema integral de cuidado orientado a mantener el equilibrio físico, emocional y espiritual de las personas y de la comunidad.

Para el pueblo Wounaan Nonam, las plantas medicinales constituyen un elemento central de su cosmovisión y de las prácticas ancestrales de cuidado, las cuales continúan vigentes incluso en contextos urbanos. Estas prácticas, además de prevenir enfermedades, favorecen la transmisión intergeneracional de conocimientos tradicionales y fortalecen los vínculos comunitarios. En este sentido, Laura Carpio, comunera del pueblo Wounaan Nonam, afirma:

Siempre hago tratamiento con plantas ancestrales para que no se enfermen; se bañan, aunque no tengan gripe, para prevenir la gripe y la fiebre. Si se enferman, la enfermedad no es fuerte; nuestros hijos resisten mejor el virus. Cuando no se bañan con la planta, el virus les da más fuerza, por eso es mejor bañarse con la planta para que no les afecte tanto. (L. Carpio, comunicación personal, 2025).

De manera similar, el Pueblo Uitoto señala que, al encontrarse en contextos urbanos y fuera de su territorio de origen, ha debido adaptar algunas de sus prácticas tradicionales como estrategias de protección, cuidado y prevención en salud. Estas prácticas buscan mantener el equilibrio físico, espiritual y emocional de las personas, aun en escenarios marcados por el desarraigo territorial y las dinámicas propias de la vida urbana. En este sentido, L. Narváez expresa:

Al estar en un contexto urbano fuera del territorio de origen, los Uitoto han tenido que adaptar algunas prácticas a modo de estrategias que protegen el cuerpo y previenen afectaciones en la salud: son los vomitivos, desintoxicar el cuerpo con plantas del territorio que uno encarga. Los abuelos dicen que debe estarse limpiando el organismo, especialmente el hígado; digamos que esos son algunos de mis hábitos para cuidar mi forma de vida. (L. Narváez, comunicación personal, 2025).

Estas prácticas adquieren sentido en el marco de la cosmovisión Uitoto, en la cual la palabra, el consejo y los saberes transmitidos por los mayores constituyen elementos fundamentales para la preservación de la armonía individual y colectiva. Al respecto, Castaño (2015) señala que “la palabra crea y ordena el mundo, da poder y protección, al igual que hace posible el consejo (rafue)” (p. 6). Desde esta perspectiva, las rutinas de cuidado, las dietas, los rituales y las creencias cotidianas no solo representan prácticas de prevención y sanación, sino también estrategias culturales que permiten salvaguardar los conocimientos ancestrales y fortalecer el bienestar integral de la comunidad Uitoto en contextos urbanos.

Estos testimonios reflejan el papel preventivo y protector que las plantas medicinales desempeñan frente a la salud en la vida cotidiana de los pueblos indígenas. Es así como “la medicina tradicional aprovecha el conocimiento ancestralmente construido y transmitido generacionalmente sobre el manejo de las plantas medicinales como terapéutica curativa (Secretaría Distrital de Salud, 2024, p. 111), siendo un recurso al que se accede en el ámbito familiar y comunitario de carácter preventivo, armonizador y de sanación.

En el marco de las prácticas de medicina indígena, cada pueblo desarrolla formas propias de prevención y atención de la salud, las cuales se expresan en distintos espacios de la vida comunitaria. Esto se evidencia en pueblos como el Muisca de Bosa, para el cual la medicina tradicional Muisca se practica en dos escenarios complementarios: el familiar, donde predominan las plantas medicinales y sagradas aplicadas en técnicas preventivas, armonizantes y terapéuticas; y el comunitario, donde los médicos ancestrales, parteras, sobanderos y sabedores promueven la salud y atienden enfermedades que trascienden el ámbito doméstico (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024). Desde el estantillo de Medicina Tradicional y Salud, las ceremonias y rituales con plantas propias del territorio permiten que los espíritus de las plantas sanen, equilibren y ordenen para garantizar el buen vivir (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024).

El Pueblo Muisca de Bosa también refiere que entre las enfermedades ajenas a los pueblos indígenas muchas de estas fueron traídas por los españoles en tiempos de la colonia. Mientras que las enfermedades propias cuentan con un principio de origen más ancestral, de una ruptura del orden natural, que pueden empezar cuando hay desorden y cambios de hábitos. Hay hábitos que ahora se ven normales, pero tiene sus consecuencias en la salud, desde el desorden empiezan los conflictos, la enfermedad también se puede ver como un conflicto, pero cuando llega son procesos que le pueden cambiar la vida, pero hay formas de restablecerla a través de la medicina, a través de la palabra, a través de los trabajos espirituales. Tal como lo menciona el sabedor Reinel Neuta:

Hay que buscar entonces como volver al orden, son procesos que se tratan desde la medicina, desde las consejerías, desde muchas cosas, en términos generales la tarea del médico es que esa enfermedad se vaya. Todo esto es importante que se sepa como el Musca atiende la enfermedad. Lo que importa es superar la enfermedad. Hay enfermedades que van a estar toda la vida, entonces hay que entender el porqué de eso, sobre todo eso se puede dar en las enfermedades crónicas. Una persona que sufre de imperfección va a estar sufriendo de eso toda la vida, entonces allí lo que hay que hacer es saber cómo le ayudamos a llevar esa enfermedad para que no le afecte, porque hay personas que sencillamente se entregan a la enfermedad y se dejan hasta morir, entonces desde la medicina lo que uno tiene que ver es como se abraza esa enfermedad, seguir la vida, estar tranquilo, eso significa un cambio de vida. Ya desde lo propio se debe ver como avanzar (comunicación personal, 2026).

El testimonio anterior permite dar cuenta de las estrategias de atención en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad mediante las prácticas ancestrales de salud, el cual cuenta con distintos recursos que incluyen el uso de plantas medicinales, los trabajos de armonización y el acompañamiento mediante la palabra y la consejería por parte del sabedor. Estas formas de atención se inscriben en un sistema de conocimiento propio mediante el cual los pueblos indígenas reconocen y nombran diversos tipos de afecciones corporales contando con sus propias categorías, tratamientos y comprensión en torno a enfermedades. En este marco de comprensión, los pueblos indígenas establecen una diferencia en el origen de las enfermedades y tratamientos en contraste con la medicina occidental.

En la Tabla 1 se retoman las principales causas de morbilidad identificadas en el Capítulo 3, con el propósito de evidenciar las enfermedades de mayor prevalencia que afectan

a los pueblos indígenas desde la perspectiva de la medicina occidental. Asimismo, se relacionan las formas en que cada pueblo indígena aborda dichas afectaciones desde sus usos, costumbres y prácticas tradicionales de cuidado, permitiendo comprender la articulación entre los conocimientos ancestrales y las estrategias propias de atención y prevención en salud.

Tabla 1. *Comparativo entre enfermedades occidentales y tratamiento desde la medicina propia Comunidades Indígenas*

	<i>Hipertensión arterial</i>	<i>Enfermedades dentales</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedades emocionales</i>	<i>Covid 19</i>	<i>Rinofaringitis aguda</i>	<i>Lumbago</i>	<i>Hipotiroidismo</i>
Misak	Plantas como ortiga, pelo de mazorca y diente de león, regulación alimentaria y manejo emocional.	Planta de vaca para dolor y limpieza.	Regulación alimentaria estricta y plantas medicinales.	Plantas medicinales, palabra y armonización espiritual.	Sahumerios, aromáticas y plantas medicinales.	Aromáticas y bebidas calientes.	Masajes con grasa animal y plantas.	Si en Dato
Ingas	Limpiezas, preparados herbales, dieta y orientación espiritual para equilibrar el cuerpo.	Si en Dato	Preparados herbales, dietas tradicionales y limpiezas.	Rituales, armonizaciones, consejos y orientación espiritual.	Limpiezas del hogar, plantas, preparaciones de remedios y protección	Vaporizaciones y plantas medicinales.	Si en Dato	Si en Dato

					espiritual			
asa	N	Si			S	A	S	Si
	n Dato	Plantas como arrayán para la higiene y dolor.	Regulación alimentaria y medicina ancestral.	Limpias espirituales y acompañamiento comunitario.	in Dato	romáticas tradicionales.	in Dato	n Dato
uisca de Bosa¹⁹	M	Pl	D	D	S	B	P	Pl
	antas, baños, jarabes tradicionales y armonización espiritual, articulando con medicina occidental.	ayo, plantas medicinales y purgas relacionadas con equilibrio corporal.	ieta según características del cuerpo y plantas medicinales.	esarmonías tratadas con despojos, limpiezas, armonizaciones y mortuorias.	ahumerios, plantas y fortalecimiento espiritual.	años y plantas medicinales.	omadas, riegos, baños y plantas medicinales.	antas cálidas, sobos y regulación corporal desde diagnóstico o biomédico.

¹⁹ Aunque las plantas medicinales estén disponibles y reconocidas en los tratamientos, su uso debe estar siempre monitoreado y controlado por un sabedor o una partera, garantizando así la correcta aplicación de los conocimientos ancestrales y la seguridad en los procesos de sanación.

uysca Suba	M de	Pl antas medicinales, armonización espiritual, manejo del estrés y reorganización de hábitos.	Pl antas medicinales locales, limpieza tradicional y orientación en higiene.	R egulación alimentaria, plantas medicinales y acompañamiento espiritual.	Li mpiezas energéticas, despojos, acompañamiento comunitario y reorganización emocional.	L impiezas energéticas, plantas y cuidado colectivo.	A romáticas, vaporizaciones y plantas medicinales.	S obos, plantas y armonización corporal.	R egulación alimentaria, plantas medicinales y armonización corporal desde diagnóstico o biomédico.
anacona	Y	Inf usiones de ajo y jengibre, regulación alimentaria y armonización espiritual.	Inf arbón vegetal y raíces medicinales para el dolor.	C ocimientos de plantas medicinales y orientación espiritual.	Ar monización espiritual y orientación de mayores.	C ocimientos herbales y plantas calientes.	V aporizaciones y plantas calientes.	S obos y ventosas.	D esorden hormonal tratado con plantas como la sidra.
jao	Pi	Pu rgas, plantas medicinales y limpieza corporal	Pu rgas, plantas medicinales y coca	P urgas, dieta y plantas medicinales.	Pu rgas, baños y limpiezas corporales.	B ebidas medicinales y purgas.	P antas calientes y bebidas medicinales.	P urgas y plantas medicinales.	P urgas y conexión con tierra.

	para equilibrar el organismo.	para manejo del dolor.						
L os Pastos	PI antas como cardo santo, cambios alimentarios y control emocional.	lanta botoncillo y preparados herbales.	C lavo de olor y dieta tradicional.	PI antas como malva olorosa y orientación emocional.	P lantas como chilacuán.	S auco y vapores tradicionales.	I nfundías y calor corporal.	Si n Dato
K amëntsá	Inf usiones herbales, limpiezas y acompañamiento espiritual.	arbón vegetal y plantas medicinales.	R egulación alimentaria y plantas medicinales.	Ar omáticas, limpiezas y acompañamiento espiritual.	B ebidas calientes y plantas medicinales.	A romáticas y plantas medicinales.	E años calientes y plantas.	D ieta y plantas medicinales.
K ichwa	Si n Dato	al y aguardiente como desinfectante tradicional.	P reparados naturales como batidos tradicionales.	Rituales espirituales.	T ratamientos herbales tradicionales.	Y erbabuena y vaporizaciones.	R itual con y plantas.	Si n Dato

	miento ritual.,		ia y plantas.					

Nota. Elaboración propia con base en la información recolectada en las mesas de trabajo con los catorce equipos indígenas

A partir de esta información se observan las claras diferencias entre el sistema de salud occidental y la medicina de los pueblos indígenas al entender y atender la enfermedad. Por un lado, el modelo occidental se enfoca en identificar fallos en los órganos y sistemas específicos del cuerpo para dar un diagnóstico médico. En cambio, las comunidades indígenas comprenden el funcionamiento del cuerpo desde una visión más amplia, identificando desequilibrios que afectan tanto lo físico como lo espiritual, el pensamiento y la alimentación, utilizando estos saberes para definir tratamientos basados en su medicina ancestral.

Un caso recurrente identificado en varias de estas comunidades es la hipertensión arterial. Algunos pueblos, como el Tubü Hummürimassa, Misak y Eperârã Siapidaara, cuentan con denominaciones propias en sus lenguas para referirse a este tipo de afectaciones, mientras que otros, como los Wounaan Nonam, Nasa y Kichwa, no la clasifican necesariamente bajo la misma categoría. No obstante, es importante precisar que la ausencia de un término clínico equivalente, no implica un desconocimiento de la afección o de sus manifestaciones en el cuerpo. Por el contrario, cada pueblo interpreta y comprende estos procesos desde sus propios marcos culturales, espirituales y médicos.

En este sentido, resulta fundamental aclarar que aquello que desde la medicina occidental se cataloga como una enfermedad no necesariamente corresponde de manera exacta a las concepciones de salud y enfermedad presentes en comunidades como la Tubü Hummürimassa. Por ello, la traducción de un término indígena al español o su asociación con una categoría biomédica no debe entenderse como una equivalencia estricta con los diagnósticos occidentales. Más bien, se trata de aproximaciones interculturales que buscan establecer puentes de comprensión entre distintos sistemas de conocimiento.

Desde esta perspectiva, algunos pueblos hacen referencia a diagnósticos interculturales como la “alteración de la sangre”, expresión que, aunque no corresponde a una categoría clínica oficial, permite explicar de manera integral las relaciones entre el cuerpo, la salud espiritual, el equilibrio social y las condiciones biológicas de la persona. Así, la comprensión de la enfermedad trasciende lo exclusivamente físico e incorpora dimensiones comunitarias, territoriales y espirituales propias de las cosmovisiones indígenas.

Para los pueblos indígenas, los procesos de tratamiento y sanación no se orientan únicamente a la eliminación de síntomas específicos, como ocurre de manera predominante en el modelo biomédico occidental, sino a la recuperación del equilibrio integral de la persona, la comunidad y su relación con el entorno. Desde esta perspectiva, la salud se comprende como una condición de armonía física, espiritual, emocional, social y territorial, razón por la cual las prácticas de cuidado se sustentan en la medicina ancestral y en saberes que atraviesan la vida cotidiana. En este marco, se desarrollan acciones de regulación y fortalecimiento del cuerpo mediante dietas basadas en alimentos tradicionales, purgas, limpiezas, baños y rituales de armonización, orientados no solo a tratar la enfermedad, sino también a restablecer el equilibrio

individual y colectivo. Así, la recuperación adquiere un carácter integral que reconoce simultáneamente las dimensiones físicas, emocionales, espirituales y culturales de las personas dentro de su propio contexto comunitario.

Un elemento transversal en estas prácticas es el uso de plantas medicinales, las cuales constituyen uno de los principales recursos terapéuticos y de transmisión de conocimiento ancestral entre las comunidades. Se registra el uso frecuente de plantas como el botoncillo, el jengibre, el ajo, el diente de león, el cardo santo, el arrayán y el pelo de mazorca para el tratamiento y prevención de diversas dolencias. No obstante, es importante señalar que estas no son las únicas especies utilizadas dentro de los sistemas de medicina tradicional, pues cada pueblo cuenta con conocimientos propios sobre una amplia diversidad de plantas medicinales y otros elementos de la naturaleza. Asimismo, para varias comunidades indígenas, ciertas frutas y alimentos también poseen propiedades medicinales y cumplen funciones preventivas, de fortalecimiento y armonización del cuerpo, por lo que son comprendidos como parte integral de la medicina ancestral.

De igual manera, pueblos como los Kamëntsá, Eperãrã, Tubü Hummürimassa y Muisca realizan rituales de armonización espiritual y acompañamiento comunitario, sustentados en la comprensión de que la enfermedad trasciende lo estrictamente corporal y puede estar relacionada con tensiones emocionales, desequilibrios espirituales o rupturas en la relación con el territorio, la naturaleza y la comunidad. En este sentido, los rituales buscan no solo sanar el organismo, sino también restablecer la armonía con el entorno y fortalecer los vínculos colectivos, articulando el cuidado del cuerpo con el cuidado del espíritu, la mente, la energía, la naturaleza; y la conciencia del ser, en el caso Tubü Hummürimassa.

Asimismo, la prevención y las prácticas cotidianas de cuidado e higiene ocupan un lugar central dentro de los sistemas tradicionales de salud. Un ejemplo de ello es el cuidado bucal mediante el uso de plantas frescas, sal o aguardiente, prácticas que integran conocimientos tradicionales y medidas de protección de la salud. Estas acciones evidencian que la medicina ancestral no se limita al tratamiento de la enfermedad, sino que se orienta principalmente a la preservación del equilibrio y al fortalecimiento permanente de la vida mediante hábitos cotidianos de cuidado. En conjunto, estas prácticas reflejan una comprensión integral de la salud y la enfermedad, diferenciada del modelo occidental centrado en la clasificación clínica y la identificación de causas físicas, al concebir el bienestar como el resultado de la armonía entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio.

2.2.1. Rituales, ceremonias y/o armonizaciones

Partiendo de la concepción relacional desde la cual los pueblos indígenas conciben la salud como un entramado en el que el bienestar del cuerpo humano es indisoluble al plano espiritual, para estas comunidades esta dimensión es un componente esencial en los procesos de salud y enfermedad, donde el espíritu, el pensamiento y las emociones influyen de manera directa en el bienestar de las personas y del colectivo. En esta medida, atender el plano espiritual implica

cuidar todo aquello que afecta su ánimo, pensamiento y estabilidad emocional, especialmente frente a las tensiones que imponen las dinámicas urbanas en la ciudad.

Como se aclaró en el primer capítulo, la espiritualidad se orienta a partir de las cosmovisiones de cada pueblo, las cuales fundamentan sus sistemas de pensamiento y determinan la forma en la que se entiende el bienestar, el abordaje del malestar y la organización del cuidado de las emociones y el pensamiento en la vida cotidiana. Los cuidados colectivos de carácter espiritual a los que recurren los pueblos indígenas en Bogotá incluyen encuentros comunitarios cuyo eje se centra, en gran medida, en el uso de la palabra, siendo este el medio empleado para la armonización de las relaciones entre sus miembros, al igual que el prevenir desequilibrios emocionales y mantener el equilibrio del colectivo.

Las prácticas espirituales indígenas más comunes incluyen la oración, el canto, la danza y los rituales y constituyen una gran fuente de fuerza y apoyo para sobrellevar los desafíos de la vida, encontrar paz, buen vivir, armonía integral y preservar vivas la cultura y tradiciones. (Secretaría Distrital de Salud, 2023, p.59).

Para los pueblos Uitoto, Eperãrã Siapidaara y Tubü Hummürimassa, la dimensión espiritual se consolida como un pilar fundamental de los cuidados colectivos en el entorno urbano, dado que al encontrarse fuera de sus territorios de origen, los encuentros comunitarios de carácter espiritual adquieren una relevancia mayor, funcionando como espacios esenciales para la armonización del grupo bajo la guía de autoridades espirituales y mayores que orientan el equilibrio de la comunidad en la ciudad. Según la Asociación de Cabildos Indígenas Eperãrã Siapidaara de Nariño y el Grupo de Estudios en Educación Indígena y Multicultural (ACIESNA & GEIM, 2002), la Casa Grande es un lugar esencial para el desarrollo del pensamiento y la identidad Eperãrã, pues allí la *Tachi Nawe* (Gran Madre y Máxima autoridad espiritual) nos da consejos y transmite los mensajes del *Tachi Ñk'ore* (Dios)(p. 15).

Esta dinámica de cuidado se manifiesta de formas particulares según la identidad de cada pueblo. Por su parte, el pueblo Tubü Hummürimassa gestiona el bienestar en mambeaderos donde el uso de plantas de valor espiritual se vincula estrechamente con la palabra de los mayores, permitiendo que tanto la persona como el colectivo recuperen su equilibrio e integren la espiritualidad como una herramienta de salud cotidiana

En el pueblo Uitoto, la recreación del cuidado se produce en los mambeaderos y en encuentros realizados en casas de sabedores y espacios familiares. En estos entornos, la palabra de los mayores facilita el intercambio de saberes y brinda un acompañamiento emocional que es vital para sostener la armonía del pueblo, recreando formas propias de cuidado colectivo en el contexto distrital. En conjunto, estas prácticas demuestran que el ejercicio de la espiritualidad y el encuentro físico en espacios propios son la base de un modelo de salud que protege la identidad y asegura la pervivencia de estas comunidades en Bogotá.

Para los pueblos de origen andino, como los Inga, Kamëntšá, Pijao, Nasa y Yanacona, el cuidado del espíritu, el pensamiento y las emociones es parte esencial de la salud. Estas

comunidades comparten una visión donde el bienestar no es un hecho aislado, sino que depende de las relaciones de la persona con su entorno. Bajo esta lógica, mantener el equilibrio permite no solo identificar qué está afectando al individuo, sino también orientar el tratamiento adecuado y evitar que la enfermedad progrese.

En comunidades como los Inga y Kamëntšá, las limpiezas espirituales y la toma de la medicina del yagé son prácticas fundamentales guiadas por los taitas. Estas intervenciones no se ven simplemente como remedios, sino como procesos profundos que buscan limpiar tanto el cuerpo como el espíritu, permitiendo además una clarificación del pensamiento que es vital para la sanación integral.

Dentro de estas prácticas se encuentran la toma de *ambi uaska* ‘yagé’ que conlleva profundos procesos de limpieza corporal y espiritual, clarificación del pensamiento, identificación de enfermedades y maleficios, partería y sobandería, las purgas, el *uairachir* (limpieza espiritual) y otros tratamientos de acuerdo a la enfermedad. (W. Tandioy, comunicación personal, sabedor del pueblo Inga, 2026).

Para el pueblo Nasa, según lo referido en el círculo de la palabra, el acompañamiento espiritual desde la medicina ancestral y la guía de autoridades tradicionales se orienta al mantenimiento del equilibrio y al fortalecimiento del pensamiento y el ánimo, en articulación con las prácticas propias de cuidado y armonización reconocidas por la comunidad. Por su parte, el pueblo Yanacona, manifestó que el respeto por los mayores y los encuentros comunitarios, tales como el círculo de la palabra y las tulpas, permiten acompañar preocupaciones personales y familiares, compartir experiencias y fortalecer el equilibrio emocional y espiritual, siendo reconocidos por la comunidad como factores protectores en salud.

Sin embargo, no siempre las prácticas que acompañan el cuidado del espíritu, el pensamiento y las emociones de los pueblos, están vinculadas a prácticas espirituales de manera explícita. Al interior de las comunidades existen prácticas cotidianas que no se asocian en primera medida a lo espiritual, pero sí ejercen una función terapéutica, y a partir de las mismas se logra regular el pensamiento y las emociones. Por ejemplo, el Pueblo Misak Misak y la Comunidad Ambiká Pijao, encuentran en la práctica del tejido artesanal y el trabajo de la tierra formas que les proporcionan tranquilidad en medio del caos de la ciudad, ayudando a prevenir enfermedades y fortalecer el cuerpo, especialmente en las mujeres (M. Flor Ullune, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025).

El tejido y el cultivo de tierras se configuran como estrategias esenciales de regulación emocional, articuladas desde su cosmovisión. El acto de tejer, con sus movimientos rítmicos y repetitivos, no solo preserva saberes ancestrales, sino que induce un estado de calma y conexión espiritual, permitiendo a los individuos procesar emociones a través de la creatividad y la memoria colectiva. Paralelamente, el cultivo en huertas comunitarias establece un diálogo simbólico con la tierra, donde sembrar y cosechar se transforman en rituales de armonización que equilibran cuerpo y espíritu. Ambas prácticas, lejos de ser meras actividades productivas,

funcionan como puentes entre lo individual y lo colectivo, ofreciendo un marco cultural para gestionar el estrés, reconstruir identidades en contextos urbanos y reafirmar que el bienestar emocional se nutre de la continuidad con las raíces ancestrales.

Así mismo, los espacios y prácticas aquí enunciados funcionan como factores protectores de salud al fortalecer el pensamiento, brindar contención emocional y posibilitar la cohesión del colectivo ante las múltiples tensiones que ejercen las dinámicas propias de la capital. De acuerdo con lo anterior; el diálogo, recibir orientación y participar en actividades espirituales por parte de sabedores y mayores les permite a las personas atender a sus preocupaciones, disminuyendo la carga emocional y recuperando la tranquilidad. Estas condiciones favorecen el bienestar y previenen situaciones que más adelante pueden llegar a repercutir en la salud. De esta manera, los factores protectores que abarca la dimensión espiritual actúan como soporte que protege tanto a la persona como al grupo, manteniendo los vínculos comunitarios y el equilibrio del colectivo.

Tal como se describió en el Capítulo 1, para los pueblos indígenas el concepto de salud se expresa en la relación equilibrada entre cuerpo, pensamiento, territorio y comunidad. Partiendo de esta concepción relacional, la comunidad es concebida como un mismo sujeto, que al igual que el cuerpo sufre de desequilibrios o desarmonías. En este sentido, los rituales de sanación de carácter comunitario constituyen prácticas fundamentales dentro de los sistemas propios de cuidado, en tanto permiten restablecer el equilibrio del colectivo y atender afectaciones que se manifiestan tanto en el cuerpo de quienes hacen parte del colectivo, así como en el ámbito espiritual y comunitario.

En el caso del pueblo Tubü Hummürimassa se realizan encuentros conocidos como los mambeaderos, espacios comunitarios entendidos como círculos de sabiduría y sanación colectiva, donde se comparte el mambe²⁰, acompañado de cantos, rezos y narraciones orientados por la palabra de los mayores. Durante estos encuentros se dialoga sobre las preocupaciones de la comunidad, se transmiten conocimientos ancestrales y se realizan procesos de armonización orientados a restablecer el equilibrio del cuerpo y del espíritu. En los mambeaderos la enfermedad se conversa, se piensa y se interpreta desde lo comunitario y lo espiritual. Allí también se liberan cargas emocionales y se reafirman los vínculos colectivos que hacen posible los procesos de sanación.

Por su parte, para el Pueblo Wounaan Nonam, uno de los rituales de mayor relevancia a la hora de mantener el equilibrio al interior del colectivo es el Dodojo, también denominado “mesa”, el cual consiste en una práctica de sanación espiritual orientada por el *benkhuun* o médico ancestral, llevado a cabo generalmente en horas de la noche, en el lugar escogido por el *benkhuun*, en donde se congregan a aquellos que asisten en la búsqueda de orientación, sanación o curación espiritual. Actualmente este espacio de sanación comunitaria se lleva a cabo en la ciudad de Bogotá, lo que representa para el pueblo Wounaan Nonam una forma de mantener

²⁰ Medicina tradicional elaborada a partir de hoja de coca y ceniza de yarumo.

vigentes sus prácticas ancestrales y fortalecer la identidad cultural, aun cuando en el contexto urbano se presentan dificultades y barreras para ejercer plenamente la medicina propia y transmitir estos saberes a las nuevas generaciones.

2.3. Dimensión sociocultural e histórico

La dimensión sociocultural e histórica aborda la salud de los pueblos indígenas como un proceso integral, sustentado en la relación entre cultura, territorio, espiritualidad y organización comunitaria. En el contexto urbano, estos elementos se transforman, pero continúan orientando prácticas de cuidado y mecanismos de transmisión de saberes. Así, esta dimensión analiza cómo las cosmovisiones, las estructuras organizativas y las dinámicas comunitarias actúan como factores protectores que sostienen el bienestar colectivo en escenarios de cambio y adaptación.

2.3.1. Tejido social

Los procesos comunitarios orientados a la continuidad cultural y a la transmisión de saberes propios constituyen factores protectores para la salud de los pueblos indígenas. Aunque este aspecto será profundizado en el apartado de Estructuras Propias en Salud, es importante destacar que los encuentros comunitarios, los espacios de enseñanza, las prácticas culturales y las actividades organizativas fortalecen las formas propias de cuidado, acompañamiento y cohesión colectiva. Estas dinámicas contribuyen al mantenimiento del equilibrio comunitario y permiten afrontar las tensiones y afectaciones derivadas de la vida urbana.

Un ejemplo de ello son las Casas de Pensamientos y la Casa Indígena de Bogotá, espacios colectivos que permiten mantener vigentes sus saberes propios y fortalecer el equilibrio individual y comunitario en la ciudad. En estos escenarios se desarrollan prácticas de medicina ancestral, armonizaciones espirituales, círculos de palabra y procesos de acompañamiento orientados por mayores y sabedores. De manera similar, el pueblo Misak Misak reconoce el fogón (Nak kuk) como una estructura fundamental en los procesos de salud, incluso en contextos urbanos alejados del territorio ancestral. Este espacio funciona como lugar de encuentro, orientación y transmisión de saberes, favoreciendo la armonización colectiva mediante la palabra, la preparación de alimentos propios y el intercambio entre generaciones. Tal como lo expresa un sabedor Misak:

Es un espacio donde nos reunimos como autoridad de encuentro. Aquí compartimos con las autoridades y realizamos mingas de pensamiento con el pueblo. Se preparan alimentos propios, está el nak kuk, que es el fogón, y también contamos con algunas plantas medicinales (M. Yalanda, comunicación personal, 2025).

Los espacios descritos por el pueblo Misak Misak operan como factores protectores de salud en tanto fortalecen los vínculos comunitarios, facilitan la transmisión de conocimientos relacionados con el cuidado del cuerpo y sostienen prácticas de armonización que favorecen el equilibrio físico, emocional y espiritual. Estas dinámicas también están presentes en los demás

pueblos participantes en esta caracterización, donde los espacios comunitarios funcionan como escenarios de encuentro, circulación de la palabra, orientación de mayores y sabedores, y acompañamiento entre familias.

Las mingas, ceremonias, encuentros de palabra, jornadas de siembra, espacios de tejido, danzas y encuentros de medicina ancestral constituyen estrategias colectivas mediante las cuales los pueblos indígenas recrean prácticas tradicionales desarrolladas en sus territorios de origen. Un ejemplo de ello es el Convite de la comunidad Ambiká Pijao, que además de cumplir una función organizativa, se configura como un espacio de cuidado colectivo, prevención y fortalecimiento de la medicina ancestral. Allí se transmiten saberes entre generaciones, se preservan prácticas culturales y se fortalece el arraigo territorial. Al respecto, una sabedora del pueblo Ambiká Pijao señala:

El Convite Pijao nos da salud porque nos juntamos. Toda la comunidad participa, nos organizamos y recreamos nuevamente todo lo que hacemos. Recordamos historias del territorio, los alimentos y las prácticas de encontrarnos. Eso para mí es el convite. Nos llena de energía (M. Mira, comunicación personal, 20 de diciembre de 2025).

En este sentido, los encuentros comunitarios como el Convite fortalecen la cohesión social, reafirman la memoria territorial y favorecen la reproducción de prácticas culturales asociadas al bienestar, configurándose como mecanismos colectivos de protección frente a las tensiones del contexto urbano. Los pueblos Tubü Hummürimassa y Eperã Siapidaara también cuentan en la ciudad con espacios de encuentro orientados por mayores y sabedores. En el caso del pueblo Tubü Hummürimassa, el mambeadero continúa siendo un lugar donde se comparte la palabra y se orientan procesos relacionados con la salud. Por su parte, en el pueblo Eperã Siapidaara, los encuentros comunitarios, las prácticas culturales y las sanaciones guiadas por sabedores permiten acompañar a las personas y mantener la transmisión de conocimientos entre generaciones. Estas experiencias reflejan cómo la enseñanza colectiva, la orientación espiritual y la medicina propia continúan aportando al bienestar comunitario en la ciudad. Algo similar ocurre en la comunidad Kichwa, donde los encuentros comunitarios en parques y espacios de reunión promueven el consumo de alimentos tradicionales, la transmisión de conocimientos culturales y el fortalecimiento del sentido de pertenencia en el contexto urbano.

En el marco de estos procesos organizativos, los cabildos indígenas constituyen la principal estructura política y comunitaria de los pueblos asentados en Bogotá. De acuerdo con el Decreto 1071 de 2015, los cabildos son entidades públicas de carácter especial integradas por miembros de una comunidad indígena, reconocidos por esta y organizados bajo formas sociopolíticas tradicionales. Más allá de su definición normativa, en el contexto urbano los cabildos funcionan como espacios de articulación entre los sistemas propios de cuidado y las estructuras institucionales de la ciudad. No solo cumplen funciones administrativas y de representación, sino que permiten reorganizar la vida comunitaria, sostener prácticas culturales y gestionar condiciones para el bienestar colectivo en un entorno que tiende a fragmentar los

vínculos sociales. En este sentido, los cabildos coordinan procesos comunitarios, orientan decisiones colectivas y articulan acciones relacionadas con la cultura, la educación propia, la medicina ancestral y el acompañamiento a las familias. En pueblos como Muysca de Suba y Muisca de Bosa, estas estructuras también desempeñan un papel central en la defensa de los derechos colectivos, la protección de sitios sagrados y la reivindicación del territorio ancestral, especialmente en el marco de procesos de consulta previa. Sobre ello, el comunero Yesid Gutiérrez, del pueblo Muysca de Suba, afirma:

El cabildo juega un papel importante en la defensa del territorio, los sitios sagrados y la consulta previa. Esa es una lucha que hoy adelantan nuestros jóvenes, la guardia y las autoridades por el cuidado de la madre tierra. Sin esa defensa del territorio no seríamos un cabildo (Y. Gutiérrez, comunicación personal, 2025).

Por su parte, el pueblo Muisca de Bosa destaca los acuerdos alcanzados en el proceso de Consulta Previa del Plan Parcial de Desarrollo “Edén - El Descanso”, especialmente aquellos relacionados con la caracterización epidemiológica y el fortalecimiento de equipos comunitarios en salud. Las reflexiones consignadas por los pueblos en los instrumentos de investigación muestran que estas estructuras cumplen funciones clave en la organización de la vida comunitaria. En el caso del pueblo Inga, la sede del cabildo en Bogotá se ha consolidado como un espacio estratégico de encuentro y orientación, desde donde se gestionan asuntos relacionados con salud, educación, vivienda, alimentación y participación comunitaria. Asimismo, el cabildo continúa promoviendo actividades de medicina ancestral, danza, música, arte propio y tulpas de pensamiento que fortalecen la identidad colectiva en el contexto urbano.

Junto con los cabildos, las autoridades tradicionales, mayores y sabedores desempeñan un papel fundamental en los procesos de cuidado comunitario. Pueblos como Kamëntsá, Yanacona, Inga y los pueblos Muisca de Suba y Bosa resaltan que estas figuras orientan la vida colectiva, transmiten conocimientos y acompañan a las familias en asuntos relacionados con el bienestar físico, emocional y espiritual. En el caso del pueblo Kamëntsá, las autoridades, médicos tradicionales, parteras y sabedores constituyen un soporte esencial para el cuidado colectivo y la preservación de la medicina ancestral en Bogotá. A través de estas figuras se mantienen prácticas de consejo, acompañamiento y orientación comunitaria que fortalecen los vínculos familiares y la continuidad cultural.

En conjunto, estas formas de organización colectiva —cabildos, autoridades tradicionales, asambleas y espacios comunitarios— operan como factores protectores de la salud, al articular los sistemas propios de cuidado con las instancias institucionales encargadas de garantizar derechos y servicios en salud desde una perspectiva integral.

Otro factor protector identificado por los catorce pueblos es la familia, reconocida como soporte fundamental en los procesos de cuidado. Los hogares constituyen espacios desde los cuales se preservan y transmiten prácticas orientadas a la protección de la salud y al fortalecimiento de la vida colectiva. Así lo expresa la comunidad Tubü Hūmmūrimasa: “la salud

comienza en la familia, donde se aprende a armonizar, a rezar y a mantener el equilibrio emocional y espiritual” (comunicación personal, 2025).

Desde las costumbres del pueblo originario Muysca de Bosa, la familia es reconocida como un eje esencial para la transmisión de conocimientos y prácticas ancestrales, desempeñando un papel decisivo en la pervivencia de los clanes familiares, la memoria colectiva y el fortalecimiento de la identidad cultural. De igual manera, en el pueblo Inga la familia es concebida como el primer espacio de formación, socialización y orientación espiritual.

En este sentido, la familia constituye un ámbito central para la transmisión de saberes desde edades tempranas, proceso que trasciende el núcleo familiar y se extiende a las relaciones comunitarias cotidianas. En un contexto urbano donde muchos espacios colectivos se transforman o debilitan, los hogares continúan siendo escenarios fundamentales de armonización, acompañamiento y enseñanza cotidiana.

En conjunto, los factores protectores descritos evidencian cómo la dimensión sociocultural e histórica se expresa en prácticas de medicina ancestral, espacios comunitarios y procesos de transmisión de saberes que orientan la vida colectiva de los pueblos indígenas en Bogotá. A través de estas prácticas, las comunidades mantienen vigentes sus sistemas de pensamiento y formas propias de cuidado, al tiempo que fortalecen los vínculos comunitarios y generan espacios de orientación y acompañamiento para afrontar las tensiones de la vida urbana.

2.3.2. Cosmovisiones propias, Leyes de Origen y Derecho Mayor.

Las cosmovisiones de los pueblos indígenas orientan las formas propias de cuidado, organización comunitaria, espiritualidad y relación con el territorio. A partir de estos principios se desarrollan prácticas colectivas que funcionan como factores protectores de la salud, incluso en contextos de desplazamiento, fragmentación territorial y presión urbana. Estas prácticas se expresan en el uso de la medicina ancestral, el acompañamiento de mayores y sabedores/as, y en acciones comunitarias para afrontar el cansancio espiritual, la tristeza, el desarraigo y otras afectaciones asociadas a la vida en Bogotá. Desde el Derecho Mayor emergen dimensiones espirituales asociadas a la cosmovisión y la cosmogonía, mediante las cuales cada pueblo comprende el origen, el orden y la relación entre el mundo espiritual, el territorio y la vida colectiva. Estas se expresan a través de prácticas guiadas por el calendario ancestral, que orienta los tiempos rituales y los procesos de armonización comunitaria.

Tal como se expone en el análisis etnológico desarrollado en el capítulo 1, la vida colectiva se organiza a partir de la relación entre cuerpo, territorio, pensamiento, comunidad y espiritualidad. Estas conexiones continúan presentes en la ciudad y orientan la manera en que los pueblos cuidan a sus integrantes y reconfiguran sus prácticas en el contexto urbano. En este marco, la Ley de Origen —también denominada Derecho Mayor o Ley de Vida— regula los principios espirituales y culturales que orientan la relación cuerpo-territorio y la transmisión intergeneracional de saberes. En Bogotá, estos principios se preservan mediante la enseñanza de la medicina propia, la orientación espiritual de mayores y sabedores, los acompañamientos

rituales en momentos de enfermedad, gestación o duelo, y los espacios comunitarios de aprendizaje que favorecen la continuidad cultural pese a las limitaciones materiales y territoriales. En palabras de una comunera del Pueblo Uitoto:

Yo creo que nuestro sistema de conocimiento acá en Bogotá no se ha cambiado, no ha sufrido transformación; veo es que hay una falencia: que no tenemos un espacio propio, como decía Bernardita y como decía la abuela Griselda, una maloca, una casa de vida, de pensamiento, que sea propia de nosotros, donde estén los abuelos, donde uno puede ir allá al Mambeadero a escuchar, aprender a escuchar esa palabra de consejo que tanto nos inculcan desde nuestras bases. Es como que yo veo, pero acá seguimos teniendo mambes, seguimos teniendo ámbil, se sigue teniendo las plantas para sanación, para purificación, para limpieza; las personas que manejan la lengua materna fortaleciendo a sus familias, a sus hijos, a los jóvenes, a las familias, los amigos. Se sigue teniendo eso, no ha habido un cambio porque lo seguimos teniendo y acá lo que se ha hecho en Bogotá es fortalecerlo desde lo familiar a lo colectivo y viceversa, porque es lo que hemos hecho (L. Narváez, comunicación personal, comunera, 2025).

En este contexto, la práctica de la medicina propia se constituye en el factor protector de salud de mayor relevancia para los pueblos indígenas que residen en la ciudad, quienes coinciden en señalar que la medicina indígena es el primer recurso al que acuden ante una afectación física, emocional o espiritual, siendo el medio para aliviar malestares y recomponer el equilibrio de la persona dentro del colectivo. La medicina propia se configura así como eje del cuidado colectivo de estos pueblos, reconocido como un sistema de conocimientos, prácticas y saberes cuyo objetivo es cuidar y restablecer el equilibrio en el marco de la red de relaciones que constituyen la vida colectiva, el cual comprende el uso de plantas medicinales, la palabra de orientación, los baños, las limpias y el acompañamiento espiritual, como acciones permanentes mediante las cuales se atienden afectaciones físicas, emocionales y espirituales, y se recomponen relaciones alteradas por la experiencia urbana.

2.4. Dimensión territorial y ambiental

La habitabilidad de las comunidades indígenas en Bogotá se articula a procesos de apropiación simbólica y material del territorio como estrategia que les posibilita, en cierta medida, recrear el vínculo territorial, pese a las restricciones que impone el entorno urbano para sostener prácticas territoriales propias, especialmente frente a la distancia de los lugares de origen que caracteriza a la mayoría de estos pueblos. Esta situación también se presenta en medio de procesos de pérdida del territorio ancestral por causa de la expansión urbana de Bogotá, como es el caso de los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa

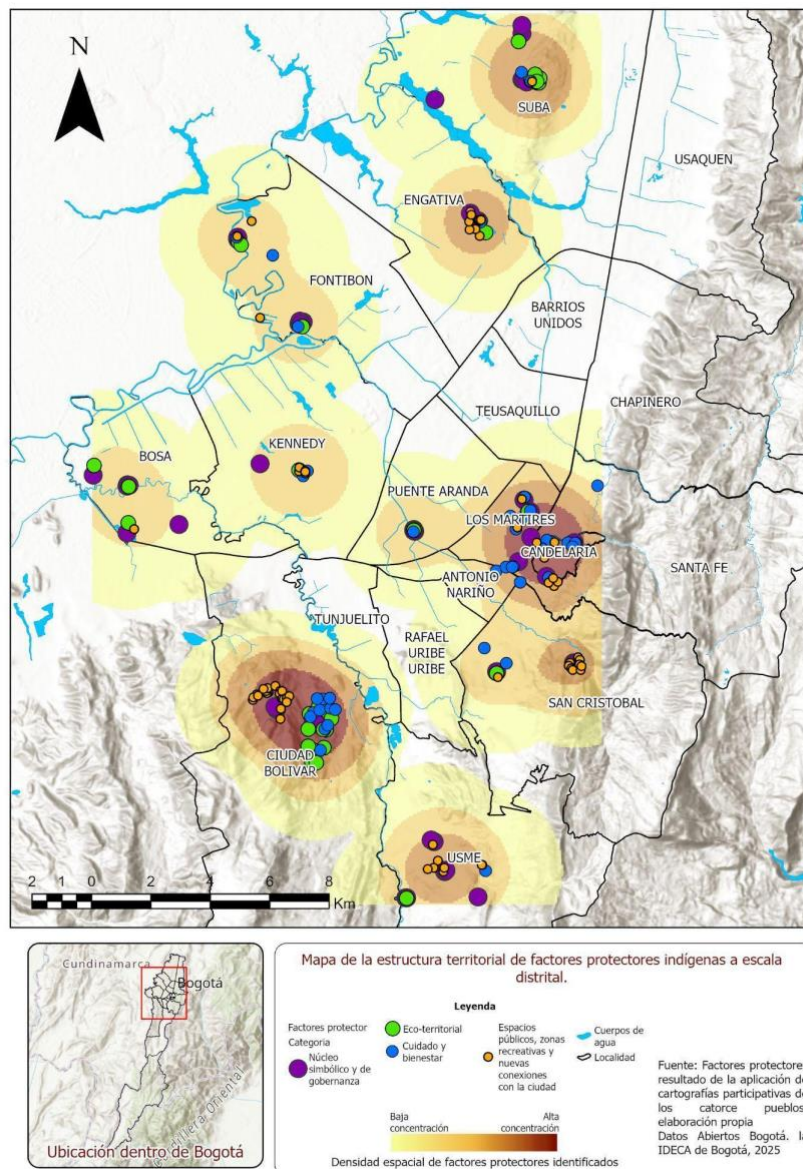
A través de estos procesos, los pueblos resignifican lugares de Bogotá como espacios propios, desde los cuales crean nuevas memorias y formas propias de habitar la ciudad, al tiempo que reordenan sus relaciones comunitarias. Para los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa, este vínculo se inscribe en el reconocimiento de Bogotá como territorio ancestral en el marco de

su proceso organizativo y comunitario; en el caso de los demás pueblos, se construye mediante prácticas que permiten establecer arraigos urbanos sin perder la referencia al territorio de origen.

Estas formas de arraigo territorial en el contexto de la ciudad se hacen manifiestas a través de espacios comunitarios como las huertas y/o chagras, las Casas de Pensamiento Interculturales (CPI), las sedes organizativas de los cabildos, la Casa Indígena, la Maloca, la Casa Grande, el Qusmuy, el Tambo, el Dichardí y la Casa de Medicina del pueblo Muisca de Bosa, reconocida como un factor protector fundamental al constituirse como un espacio donde se articulan prácticas de sanación, transmisión de saberes y fortalecimiento de la identidad cultural, garantizando la continuidad de la medicina propia y la pervivencia cultural. A estos se suman lugares sagrados como los cerros, ríos, humedales y parques naturales, en donde los pueblos fortalecen su relación con la naturaleza y ponen en práctica formas propias de cuidado ligadas al uso del territorio, la producción de alimentos, el manejo de plantas y la organización colectiva, las cuales inciden de manera directa en sus procesos de salud.

A continuación, se ilustra la distribución espacial de los factores protectores identificados en los recorridos territoriales realizados por los catorce pueblos indígenas a escala distrital. Esta categorización conceptual distingue las dimensiones territoriales relacionados con núcleos simbólicos de gobernanza, ambientales y ecológicos, del cuidado y bienestar y espacios recreativos o de uso desde lo público, el cuadro a continuación desagrega estas categorías. Este proceso cartográfico permite visualizar territorios de prácticas, espacios y sus centralidades de la cotidianidad de los pueblos en el contexto urbano. La tendencia espacial indica que tales procesos están situados principalmente en las periferias, pero con una fuerte presencia de nodos y configuración de redes en la zona del centro histórico de la ciudad de Bogotá.

Figura 2. *Mapa de la estructura territorial de factores protectores indígenas a escala distrital, identificados en los recorridos/ cartografías participativas.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información registrada en las Fichas Metodológicas aplicadas en los recorridos territoriales y cartografías sociales con los catorce pueblos.

Como se presenta la Figura 2, la apropiación de estos lugares desde su dimensión material y simbólico incide en la salud de los pueblos indígenas en el sentido que, sitios como cabildos, casas de pensamiento indígena, lugares de memoria, ceremoniales o sagrados, así como huertas, son nodos de cuidado que funcionan como espacios de centralidad política, espiritual, identidad y autoridad territorial. Espacios asociados a la relación con lo natural o seminatural proporcionan un sentido protector ya que es allí donde se configuran espacios de ceremonia,

lugares de memoria que, al tener acercamiento a humedales, cerros, cuerpos de agua, zonas verdes, que generan procesos de equilibrio y armonización en los pueblos.

Así mismo se relacionan con espacios o nodos occidentales que generan redes de cuidado produciendo un mayor reconocimiento hacia los pueblos indígenas en Bogotá; tales espacios occidentales tienen incidencia en prácticas cotidianas, tales espacios de salud (atención en salud, hospitales), equipamientos sociales o bien colegios e instituciones que permiten tal reconocimiento.

Finalmente, en la Tabla 2, se detalla la categorización conceptual de los lugares de arraigo de los pueblos indígenas en Bogotá. Esta clasificación permite identificar desde los núcleos simbólicos y de gobernanza, que estructuran la autoridad y la identidad, hasta las dimensiones eco-territoriales y de cuidado, evidenciando cómo la infraestructura física se entrelaza con las prácticas culturales y la sostenibilidad comunitaria

Tabla 2. *Categorización conceptual de lugares de arraigo territorial de los pueblos indígenas en Bogotá. Elaboración propia.*

Categoría	¿Qué recoge?	Espacios incluidos
Núcleo simbólico y de gobernanza	Espacios de centralidad política, espiritual y cultural que estructuran identidad y autoridad territorial.	Cabildo, Casa de Pensamiento Intercultural (CPI), Casa Indígena de Bogotá, Casa de Medicina, Qusmuy, sitios sagrados, espacios ceremoniales, lugares de memoria.
Eco-territorial	Espacios asociados a la relación comunidad–naturaleza y sostenibilidad territorial.	Humedales, cerros, cuerpos de agua, huertas, chagras, arbolado, lugar de protección natural.
Cuidado y bienestar	Infraestructura y prácticas orientadas a la salud, protección social y sostenimiento comunitario.	Espacio de salud, atención en salud, medicina propia, hospital, familia, equipamiento social, colegios/institutos educativos.
Espacios públicos, zonas recreativas y nuevas conexiones con la ciudad.	Áreas de encuentro, recreación y apropiación social del espacio urbano.	Parque recreacional, plaza/parque, espacio deportivo, IPU recreación.

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información registrada en las Fichas Metodológicas aplicadas en los recorridos territoriales con los catorce pueblos.

2.4.1. Núcleos simbólicos y de gobernanza, espacios organizativos territoriales.

En este contexto, las sedes de los cabildos indígenas, así como los centros de pensamiento, Qusmuy, malocas, mambaderos y huertas, adquieren especial relevancia al constituirse como espacios articuladores de la vida comunitaria y organizativa de estos colectivos. En el caso del pueblo Tubü Hummürimassa, se destacan las casas de pensamiento ubicadas en las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar, las cuales funcionan como escenarios de encuentro, orientación y fortalecimiento cultural.

De manera similar, el pueblo Inga señala que la sede de su cabildo, ubicada en el centro de la ciudad, se ha consolidado como un punto estratégico para la orientación comunitaria. Este espacio no solo facilita el encuentro entre familias, autoridades y sabedores en un lugar geográficamente accesible, sino que también opera como un escenario de armonización y regulación comunitaria desde el cual se fortalecen derechos colectivos relacionados con la salud, la educación, la vivienda, la alimentación y la participación comunitaria. Al respecto, un sabedor del pueblo Inga manifiesta:

“Nos encontramos en la sede del Cabildo Inga ubicada en la calle 12 # 9-66. Por lo central, el espacio ha contribuido a tener una mejor articulación con la comunidad, ya que gran parte de esta trabaja en el centro de la ciudad, convirtiéndolo en un lugar estratégico. Más allá de funcionar únicamente como sede, allí se desarrollan actividades culturales relacionadas con medicina tradicional con plantas, danza, música y otras prácticas que permiten mantener el equilibrio con el entorno donde estamos. Para ello participan las autoridades, taitas, mayores y la comunidad, quienes realizan reuniones para orientar acciones que favorezcan la buena convivencia y la buena vivencia de nuestro pueblo” (V. Tandioy, comunicación personal, sabedor del pueblo indígena Inga, 2025).

En la misma línea, el pueblo Kamëntsá destaca la importancia de la Casa de Pensamiento Intercultural (CPI) Shinyak como un espacio protector de la salud comunitaria. Aunque se encuentra ubicada en el barrio San Bernardo, localidad de Santa Fe —territorio caracterizado por múltiples condiciones de vulnerabilidad social—, este espacio se ha consolidado como un centro de seguridad, identidad y contención comunitaria. Allí se sostienen y fortalecen rituales, prácticas espirituales, procesos de crianza, alimentación propia y preservación de la lengua, contribuyendo al bienestar emocional y cultural de la comunidad. En una ficha de recorrido territorial realizada con este pueblo se señala que:

“Después de que se logró gestionar la casa Shinyak, a pesar de estar en un lugar vulnerable y de alto riesgo, la comunidad cuenta con un espacio seguro de encuentro, fortaleciendo los lazos comunitarios y familiares que favorecen la salud emocional del pueblo, sintiéndose en compañía y comunidad” (Ficha de recorrido territorial, 11 de noviembre de 2025, pueblo Kamëntsá).

De igual manera, los pueblos Kamëntsá y Yanacona resaltan la importancia de la Casa Indígena, ubicada en el centro de Bogotá, como un espacio de articulación colectiva y protección de la salud para los pueblos indígenas asentados en la ciudad. Para el pueblo Kamëntsá, este lugar

constituye una referencia comunitaria que fortalece procesos protectores en salud y favorece la construcción de redes de cuidado, convivencia y acompañamiento. Aunque cuentan con la CPI Shinyak en cercanía a la Casa Indígena, ambos espacios se complementan y fortalecen prácticas orientadas al bienestar físico, espiritual y emocional, manteniendo presentes los vínculos afectivos, familiares y comunitarios en cada actividad desarrollada. En este sentido, el pueblo Kamëntsä expresa que:

“Este espacio tiene un gran significado para el pueblo Kamëntsä porque es el resultado de luchas colectivas de los pueblos indígenas en la ciudad y, gracias al Decreto 612 de 2015, se consolidó como un espacio seguro para la práctica, cuidado y fortalecimiento de los saberes ancestrales de los catorce pueblos indígenas en Bogotá” (Ficha de recorrido territorial, 11 de noviembre de 2025, pueblo Kamëntsä).

Por su parte, en el ejercicio de cartografía participativa realizado con el pueblo Yanacona se destaca que la ubicación de la Casa Indígena en el centro de la ciudad ha permitido consolidar un nodo de articulación urbana para comunidades dispersas territorialmente. En un contexto de crecimiento urbano y fragmentación espacial, estos lugares funcionan como puntos de encuentro y protección que favorecen la cohesión colectiva de los pueblos.

De acuerdo con lo expresado por este pueblo, la incidencia de estos espacios en la salud se relaciona con la posibilidad de reducir dinámicas de aislamiento y sostener procesos organizativos conjuntos. Asimismo, esta centralidad permite congregarse redes comunitarias dispersas, territorializar la salud mediante círculos de palabra y ejercicios de memoria compartida, y resignificar simbólicamente los territorios de origen dentro del contexto urbano. La Casa Indígena y las Casas de Pensamiento también funcionan como espacios de orientación espiritual, emocional y cultural, en los cuales se fortalecen las prácticas de salud propia y los procesos de acompañamiento comunitario.

2.4.2. Eco -territorial, sitios sagrados y conexión con la madre tierra.

En relación con la sanación ancestral, los pueblos identifican y activan lugares significativos en la ciudad como espacios de armonización y cuidado espiritual, mediado a partir de la conexión con la naturaleza. Este proceso adquiere particular fuerza en los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa, que reconocen un número amplio de sitios sagrados en Bogotá, entre los cuales se encuentran humedales, cerros, ríos y lagunas.

Desde lo simbólico existe entonces un procesos de territorialización ya que estos elementos físicos se constituyen como protectores; es decir, los recorridos realizados por Muisca Bosa en los humedales Tibanica y Chiguasuque reconocen estos espacios naturales como sagrados ya que sostienen procesos de salud espiritual; son elementos protectores en cuanto se reconocen como un sitio sagrado donde se realizan rituales de entrega de la muerte, tanto de la fauna, la flora, instrumentos musicales, objetos espirituales como del ser humano, así como entierros de placentas (mortuoria) y limpiezas espirituales, prácticas que fortalecen la salud

espiritual y emocional de la comunidad, según lo comentado en los recorridos por estos humedales.

Para el Pueblo Muysca de Suba, el Parque Mirador de Los Nevados, así como el Cerro Santuario, son lugares que se configuran como escenarios de cohesión y armonización ya que se reafirma y reconoce el vínculo histórico a este entorno natural. Por su parte, en el recorrido territorial la comunidad reafirma lo siguiente:

En este territorio se encuentra nuestro Qusmuy, allí se realizan rituales, ceremonias y tomas de medicina que son pilar fundamental de la espiritualidad. Adicionalmente, por medio de las huertas, los trasnochos, actividades pedagógicas, palabreos, preparación de alimentos y otros procesos se genera y se mantiene la cohesión social (comunicación personal, 2025)

Lo que nos muestra la relevancia para esta comunidad de tener esta relación viva con los espacios naturales o seminaturales. Los espacios naturales quedan lejos de ser un recurso ecológico propiamente dicho, y se convierten en ejes articuladores de protección ya que el territorio permite ritualidad, transmisión de memoria y continuidad cultural. Estos dos pueblos resaltan por una parte la defensa del territorio y por otro las dimensiones ceremoniales y organizativas en estos territorios. Finalmente, tenemos el caso del Pueblo Nasa que ha apropiado el río Tunjuelito como un espacio sagrado dentro de la ciudad de Bogotá. Así lo describe el sabedor O. Peña:

El lugar sagrado es el punto en el que se encuentra, al borde de la finca, donde pasa el río Tunjuelito. Este es un espacio donde se reúnen para hacer las armonizaciones colectivas. Allí se encuentran con los espíritus y se pueden comunicar con los elementos de la naturaleza y del territorio (comunicación personal, 24 de enero de 2026).

Este elemento natural del territorio de Bogotá funciona como eje de reterritorialización, constituyéndose en un lugar de armonización colectiva y de conexión con la madre tierra en el contexto urbano.

2.4.3. Redes comunitarias y espacios de cuidado colectivo

Del mismo modo, los colegios y/o instituciones educativas, los centros de atención y las sedes institucionales se integran a las dinámicas comunitarias a través del trabajo y liderazgo por parte de cabildos y de los procesos organizativos de cada pueblo, que orientan y acompañan el acceso a estos servicios según las necesidades y prioridades colectivas. De manera que, el territorio se construye como una red de relaciones que articula espacios comunitarios, servicios sociales y prácticas de cuidado colectivo. Un ejemplo de esto es el uso de las infraestructuras barriales por parte de la comunidad Ambika Pijao, la cual cuenta con una sede propia en la localidad de Usme en donde se desarrolla sus procesos de atención a la comunidad y fortalecimiento cultural, al momento de llevar a cabo las asambleas generales de la comunidad utiliza el salón comunal y las instituciones educativas cercanas, dado el gran número de miembros que asisten a este encuentro de carácter organizativo:

El salón comunal, donde va, el cabildo, somos bastantes, unos 800, más de 800 nos reunimos, no todos, pero cuando se hace la convocatoria, llegan por ahí unos 500 o 800 personas, entonces está el salón comunal (Junta de acción comunal comuneros). el colegio, que hay mucha articulación, nos presta también para hacer actividades, porque somos hartos. entonces creo que acá en el barrio, en los alrededores, hemos tenido unas alianzas, una reciprocidad ¿sí? entonces, nos vemos articulado con otros puntos (M, Mira, Comunicación Personal, sabedora del Pueblo Ambiká Pijao, 2025).

En este mismo sentido, el pueblo Eperã Siapidaara ha consolidado en el colegio José Joaquín Castro un proceso de reafirmación cultural que ha permitido transformar el entorno escolar en un escenario de interculturalidad y reconocimiento de la diversidad. A través de estrategias pedagógicas como la huerta medicinal y el muro de identidad, la comunidad educativa ha promovido espacios donde el conocimiento ancestral dialoga con las dinámicas propias de la escuela, fortaleciendo el reconocimiento y la valoración de la cultura Eperã Siapidaara dentro del contexto educativo.

Este proceso se sustenta en un modelo de Educación Propia organizado en torno a cinco ejes orientadores: territorio, cosmovisión, gobierno propio, prácticas propias y espiritualidad, los cuales contribuyen a la preservación de la identidad cultural y a la continuidad de los saberes ancestrales en el ámbito institucional. En este marco, la lengua SIA adquiere un papel transversal en los procesos pedagógicos, facilitando un tránsito armónico de los estudiantes en el aprendizaje del español y fortaleciendo, al mismo tiempo, el vínculo con su lengua materna y su cosmovisión.

De acuerdo con lo señalado durante los recorridos territoriales, los docentes han asumido un proceso de aprendizaje de la cultura del pueblo y, en articulación con el dinamizador cultural, desarrollan estrategias de acompañamiento a los estudiantes mediante actividades como el tejido, las prácticas en la huerta medicinal y el uso cotidiano de palabras en lengua SIA. De esta manera, la escuela trasciende su función académica y se convierte en un espacio que reconoce, respeta y fortalece la espiritualidad, las prácticas propias y el sentir colectivo del pueblo Eperã Siapidaara.

En los colegios, la presencia del dinamizador cultural, murales y huertas de plantas medicinales adaptan estas prácticas al entorno educativo, protegiendo a los niños de la discriminación y la invisibilidad, bajo la guía del Jaipana. (M. Tovar, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025).

2.4.4. Espacios públicos, zonas recreativas y nuevas conexiones con la ciudad.

En los procesos de reterritorialización los espacios públicos de la ciudad de Bogotá han permitido escenarios donde realizan actividades relacionadas con el ocio, la recreación y el deporte. Estos lugares ofrecen servicios en general a la comunidad, pero los pueblos los reconocer en tal forma que se genera apropiación de estos espacios públicos en contextos urbanos, lo que incide en el cuidado colectivo, el reconocimiento de nuevos lugares en Bogotá, desarrollando distintas actividades; estos reconocimientos favorecen la recreación, la integración

intergeneracional y el fortalecimiento de la identidad cultural, mejorando la espiritualidad y la relación con espacios abiertos seminaturales en contextos urbanos.

La apropiación del espacio público a través de prácticas comunitarias vincula la cultura, la recreación, el deporte y la salud en primer lugar porque se utilizan parques, plazas o lugares sagrados como lugar de encuentros colectivos. En algunos casos esta apropiación se expresa mediante actividades deportivas, celebración cultural, conexión con la naturaleza, transmisión de saberes a través de huertas. Para el pueblo Kichwa se reconoce el parque La Granja, como punto de encuentro comunitario donde practicar un deporte favorece a tales fortalecimientos comunitarios e identidad cultural:

El Parque La Granja se ha consolidado como un escenario clave (..) Inti Raymi y el Kuya Raymi, ceremonias que convocan a familias, autoridades tradicionales y habitantes del sector para agradecer, armonizar y fortalecer la espiritualidad colectiva. Estos eventos no solo revitalizan el vínculo con los ciclos agrícolas, sino que también afianzan la memoria cultural en un contexto urbano. Asimismo, el parque es un espacio donde se realizan actividades deportivas en el marco de la canasta alimentarias indígenas, promoviendo la recreación, la salud física y la integración intergeneracional tanto dentro de la comunidad Kichwa como con otros habitantes del barrio. En conclusión, el parque es un punto de encuentro comunitario que favorece la convivencia, la participación y el bienestar integral. (13 de noviembre del 2025).

Para pueblos como el Tubú Hummurimassá, Wounaan Nonam, Eperã Siapidaara y Muisca Bosa, se reconoce la importancia de los espacios públicos, como parque o espacios seminaturales, no solo porque les permite acceder a la oferta que estos lugares abiertos ofrecen (como parques de bolsillo, canchas, etc.) sino porque les permite encuentros en lugares comunes del barrio, facilitando la interacción social acceso a espacios de recreación, promoviendo y fortaleciendo la cohesión social, la transmisión cultural; al acercarse a estos escenarios públicos se genera tejido propio y entre los otros, que no son parte del pueblo, pero propone acercamiento con la comunidad propia del barrio, lo que les da visualización, la pervivencia en la ciudad, y reconocimientos por parte de los demás actores.

El bienestar de las comunidades indígenas en el contexto urbano está estrechamente ligado a la disponibilidad de espacios y zonas verdes que faciliten el contacto con la naturaleza, un elemento vital para el desarrollo de su cultura. El acceso a parques y áreas biodiversas no solo mejora la calidad de vida de estas familias, sino que permite la proyección de actividades recreativas, de descanso y comunitarias que fortalecen la identidad étnica.

Para el Pueblo Muisca de Bosa, esta relación trasciende lo recreativo: el territorio es concebido como un espacio sagrado donde se realizan rituales fundamentales como pagos, círculos de palabra y enraizamientos. Como lo expresa N. Chiguasuque:

En sí todo el territorio es sagrado. Hay sitios específicos para pagos y enraizamientos, como Monserrate, Guadalupe, los humedales de Tibanica y Chiguasuque en Bosa, Cerro Gordo, Tierra Negra, la Laguna de los Tunjos y las Piedras del Tunjo. Son lugares

protectores desde lo espiritual. Toda la naturaleza nos da la fortaleza y el aliento para seguir cultivando la medicina ancestral" (Comunicación personal, 23 de enero de 2026).

En consecuencia, los elementos naturales del entorno urbano, tales como los cerros, humedales, ríos y parques, actúan como nodos de armonización espiritual. Estos espacios no solo permiten una convivencia comunitaria equilibrada, sino que son pilares para la pervivencia de la identidad cultural y la conexión sagrada de los pueblos indígenas con la tierra, incluso en medio de la ciudad.

2.5. Articulación con la medicina occidental.

2.5.1. Acceso adecuado a servicios de salud con articulación intercultural

En las últimas décadas, el relacionamiento de los Pueblos Indígenas con las instituciones que forman parte del Sector Salud en Bogotá se ha venido gestando a través del diálogo y la concertación continúa entre las Autoridades Indígenas de cada comunidad y los actores institucionales a nivel local y distrital. En este marco, desde la adopción de la Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá, a través del Decreto 543 de 2011, en el que se dispuso el *Camino de Salud y Medicina Ancestral*, el cual sentó las bases para la incorporación del Enfoque Poblacional Diferencial Étnico, hasta la reformulación de la Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá 2024 - 2035, a través del Documento CONPES D.C. 37., donde se amplía el horizonte de acción en un *Camino de Salud, Medicina Propia, y Espiritualidad*; las comunidades identifican acciones adelantadas por la Secretaría Distrital de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS), las cuales se enmarcan en la implementación progresiva del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI en Bogotá; el cual se estableció mediante el Decreto 480 de 2025 de nivel nacional, como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia.

En este marco, los Cabildos Indígenas desempeñan un rol fundamental orientando a las comunidades en sus procesos de aseguramiento en salud y el relacionamiento con los Hospitales y Centros de Salud. Este acompañamiento busca que la atención sea oportuna, eficiente y que se reduzca la desinformación en todos los niveles de complejidad médica. Así lo destaca la comunidad Muysca de Suba, la cual identifica la Múcura de la Salud, como un espacio de articulación efectivo con en el Hospital de Suba, la Secretaría de Salud y la EPS Capital Salud, lo cual ha permitido establecer rutas de atención que articulan la medicina ancestral con la medicina occidental, preservando siempre una visión integral de la salud. Así lo expresa, U. Yopasa:

Actualmente contamos con la múcura de salud, donde confluyen todas las personas que están trabajando en las propuestas, proyectos o rutas de salud, especialmente enfermeros, técnicos, gestores, psicólogos, casi en general los que trabajan y tienen conocimiento salud, tanto de lo propio, como ya en lo que corresponde a lo occidental, desde su academia o sus profesiones. Además de eso pues directamente está organizado por una de las autoridades tradicionales que es elegido directamente anual o cada dos años por el cabildo, quien maneja la múcura de salud.

Especialmente, también se encuentran de ahí a los zaitas, entendiendo que son los que trabajan la parte espiritual, están en el cuido y orientación en su palabra desde las prácticas y tradiciones muyscas (...) Directamente de ahí, contamos con casas o consultorios o espacios donde se aplica o se hace el cumplimiento a la consulta, ya sean espacios sagrados, ya sean consultorios o ya sean lugares de compartir palabras como los Cusmuy o sitios de asiento. Tenemos directamente rutas o articulaciones que nos permiten canalizar, orientar a la población de estrategias o atenciones en salud que no tiene como el pueblo, y que sí en lo occidental, como por ejemplo rutas para el Hospital de Suba (...) en el CAMI o personas que están con la Secretaría de Salud o con Capital Salud. (comunicación personal, 2025).

Esta experiencia evidencia cómo la creación de espacios propios de articulación permite integrar actores comunitarios y profesionales de la salud, generando rutas de atención interculturales. En este sentido, la “múcura de salud” no solo opera como un mecanismo organizativo, sino como una estrategia de traducción entre sistemas de conocimiento, donde se legitima la participación de sabedores y autoridades tradicionales en la atención.

En esta misma línea el Pueblo Muisca de Bosa destaca una articulación en el reconocimiento de la botánica propia del Pueblo, "con la Secretaría de Salud hemos fortalecido todo este tema desde la parte ancestral y cultural con los medicamentos, y todo lo que se viene trabajando dentro del Qusmuy y la casa de medicina." (E, Neuta, 2025). Lo anterior da cuenta de un proceso de reconocimiento institucional de la medicina ancestral, especialmente en el uso de la botánica propia, lo cual fortalece prácticas de cuidado culturalmente pertinentes.

Igualmente, el Pueblo Nasa destaca un avance en la incorporación de saberes ancestrales en el Hospital de Chapinero y en el Hospital de Meissen, donde se permite que sabedores y parteras participen en la valoración de los pacientes junto al personal médico. Así lo expresa un comunero:

Ahora, con algunos referentes, se está logrando que a la valoración ingrese el sabedor, para que el paciente sea atendido por dos personas. En el Hospital de Chapinero y en el hospital de Meissen se ha logrado ingresar la partera, hacer una valoración y darle una atención con un enfoque diferencial, desde la parte occidental y la parte ancestral. La parte hospitalaria ha sido muy receptiva a la atención y no han puesto barreras. (M. Ramírez, comunicación personal, 24 de enero de 2026)

En conjunto, cada uno de los avances de articulación de la medicina ancestral y los servicios de atención en salud, permite un fortalecimiento y una verdadera integralidad de acciones, donde se promueve lo intercultural desde las mismas instituciones de salud y de acuerdo con las estructuras propias organizativas de las comunidades. Se identifica que la perspectiva de bienestar no sólo es de abordaje de atención biomédica, sino que integra la orientación de los sabedores, sabedoras, parteras y gestores en las diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2.5.2. Reconocimiento de la medicina ancestral por parte del Sector Salud

El reconocimiento de la medicina ancestral de los pueblos indígenas dentro del Sector Salud se ha venido desarrollando de forma progresiva gracias a la gestión político-organizativa de los Cabildos Indígenas dentro de las concertaciones para la implementación de la Política Pública Indígena en Bogotá. En este marco, desde 2017 hasta 2020, el Distrito avanzó en la formulación de un Plan Integral de Acciones Afirmativas, a través del cual las Autoridades Indígenas que hacen parte del Consejo Consultivo y de Concertación de los Pueblos Indígenas en Bogotá (Decreto 612 de 2015), incidieron en el seguimiento a la implementación efectiva de acciones diferenciales concertadas con la Secretaría Distrital de Salud.

Dentro de estas acciones banderas, se contó con la vinculación de equipos indígenas conformados por un sabedor/a de la medicina ancestral, una partera y un profesional en enfermería dentro de la Estrategia de Salud Pública denominada Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). A través de esta acción se brindaba atención a las familias indígenas en los territorios locales y los equipos se encontraban vinculados a las Subredes Integradas de Servicios en Salud. Sin embargo, aunque esta propuesta significó un avance en la articulación de la medicina propia con la medicina occidental, se identificaron debilidades frente a la atención diferencial requerida por parte de los Catorce Pueblos, dado que las intervenciones no dieron alcance a la totalidad de la población, ni respondieron a las necesidades y particularidades de cada comunidad. De esta manera lo narra la profesional de apoyo:

Algo que pasaba anteriormente cuando los equipos estaban en las subredes era que solo cubría a 10 pueblos indígenas. Incluso había equipos que entremezclaban pueblos indígenas. Está la experiencia en la Subred Sur, en donde se tenía el equipo Uitoto, que entremezclaban también con el Kamentsá, y era un único equipo que atendía a dos comunidades indígenas, la verdad era muy complejo porque en ese momento los sabedores principalmente eran de la comunidad Kamentsá, y pues iban a atender a la comunidad Uitoto, en donde a veces existía esa barrera, a pesar de que son pueblos indígenas, son cosmovisiones diferentes, son usos y costumbres diferentes, entonces esa barrera de concepción propia, de salud y demás, pues no permitía que el equipo tuviera la misma efectividad que, por ejemplo, si podríamos decir que tienen ahorita los 14 equipos MAI. (Comunicación personal, 2026)

Este relato permite identificar limitaciones estructurales en la implementación de enfoques diferenciales, particularmente cuando no se reconocen las especificidades culturales de cada pueblo. La homogeneización de la atención generó barreras en la efectividad de las intervenciones, evidenciando que la interculturalidad requiere enfoques territorializados y culturalmente específicos.

En este contexto, nació el Contrato de Medicina Ancestral Indígena (MAI), el cual surge en el año 2023, con el objetivo de atender las necesidades en salud de las familias indígenas de los catorce cabildos que hacen parte del Consejo Consultivo Distrital Indígena, aportando a la transmisión y práctica de los saberes de la medicina propia y mitigando algunas barreras de acceso a los servicios de salud en las IPS. Así lo expresa la profesional de apoyo:

En el pensar de los pueblos indígenas, la salud no debe solamente sesgarse a unas necesidades o unas prioridades, sino realmente llegar a toda la comunidad. Y más estando en contexto urbano, en donde muchas de las prácticas de medicina propia se van dejando a un lado: - Queda el yo sé, yo sé, yo veía a mi mamá, yo veía a mi abuela, yo sé que eso se hace en territorio-, y no pasan a la práctica, al hacer. Entonces estos equipos sí intentan abordar todo tema de salud en todas las comunidades, independientemente, digamos, de una única prioridad, y también acercar a la misma comunidad a la práctica de la medicina ancestral. Aquí, a pesar de estar en contexto urbano, pues que eso todavía se puede desarrollar hasta cierta parte, todos sus usos, sus costumbres y pues que eso a la vez también mantiene un equilibrio y una protección en salud. (Comunicación personal, 2025).

A través del contrato MAI se cuenta con catorce equipos indígenas conformados por cinco perfiles: dos sabedores/as (médico ancestral y partera) de cada pueblo, un/a gestor/a comunitario y dos perfiles de la medicina convencional. Por su parte, los sabedores/as cumplen la función de atender de forma personalizada a las familias y/o miembros de cada pueblo, de acuerdo con las prácticas medicinales propias de su comunidad. Lo cual garantiza una atención territorializada y con enfoque diferencial:

Cada uno de estos médicos y de estas parteras pertenecen a sus pueblos indígenas y ellos hacen el tratamiento, la cura, la sanación, la protección en todos los espacios donde MAI interactúa. Esto es clave porque allí ya vemos el hacer, no solamente la educación, la información, sino ya vamos a hacer que, si el niño tiene una dolencia, pues vamos a hacerle el sobo, vamos a hacerle el rezo o si la mujer tiene alguna desarmonía de pensamiento, vamos a hacerle la consejería. espiritual, vamos a hacer la limpia de la casa, la limpia de la familia, entonces ellos ya van hacia el hacer. Claramente fortalece mucho en relación con usos y costumbres con lo que hace el gestor, porque ellos tienen mucho conocimiento de la cosmogonía, cosmovisión, relacionan allí prácticas propias como el tejido, como la danza, como el canto, y asimismo también se enlaza con los otros dos perfiles occidentales, pues por decirlo así, con relación a cómo empezamos a dar una atención. (Comunicación personal, 2025).

En esta medida, el gestor/a comunitario/a aporta al fortalecimiento de la pedagogía en salud propia al interior de su comunidad, fortalece el reconocimiento del gobierno propio de su pueblo ante las IPS y aporta a la mitigación de barreras en términos de traducción a la lengua propia, generando un acompañamiento a las citas médicas a los miembros de la comunidad, de acuerdo con las necesidades identificadas. En esta medida, se destacan todos los elementos que se vinculan dentro de una atención diferencial en salud, la cual, continuamente teje saberes, cosmogonía, cosmovisión, autonomía y otras prácticas propias que son clave para el bienestar del individuo, la familia, la comunidad y el fortalecimiento de la identidad cultural del Pueblo:

(...) el perfil del gestor comunitario cumple un papel muy importante en relación con dar educación y fomentar el uso y costumbre, el hacer muchas prácticas propias indígenas. Entonces es el gestor el que va, educa, dialoga, teje pensamiento con relación a la cosmogonía,

cosmovisión, al gobierno propio, a la estructura que se tienen acá en contexto urbano de sus cabildos, que existe un gobernador, que existen unas asambleas, que existen unas personas a las cuales ellos se pueden acercar y pues pueden fortalecer ese tejido social. El técnico también a veces hace una función casi que compartida, depende mucho de las habilidades del uno o el otro y es el tema de la lengua propia para temas de medicina occidental (...) si hay palabras y términos pues muy de estas comunidades indígenas, entonces cuando la comunidad indígena va a una cita médica y no se entiende del todo lo que se está dialogando en la misma cita, incluso la misma persona no puede expresar sus necesidades al médico occidental, porque no sabe qué palabras utilizar y no sabe si el médico termina de entender la necesidad, pues el técnico y el gestor funge ahí un rol clave que es el de mitigar esa barrera. (Comunicación personal, 2025).

Sumado a lo anterior, el equipo cuenta con dos perfiles en salud pública (médico y/o enfermera/o), que cuentan con el conocimiento de las Rutas en Salud de Bogotá y aportan a la disminución de barreras en la atención de la población por parte de las IPS. Además de territorializar otros servicios de salud complementarios a la medicina propia. De esta manera lo señala la profesional de apoyo:

Y dentro de cada equipo hay cinco perfiles, que estos sí son trabajados desde la subred y necesarios a la hora de hacer las diferentes intervenciones. Es liderado por el profesional de salud, que puede ser un enfermero, puede ser un médico, que a la vez tiene un apoyo que es el técnico en salud o técnico en salud pública. Estos dos perfiles fungen una función relevante es de la medicina occidental en donde, pues, acercamos a las comunidades a todo lo que es la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, todo lo que nos dice la Resolución 3280 del 2018. Y es clave que dentro de ese acercamiento pues también se empiezan a ver las barreras y el objetivo de estos dos perfiles es mitigar esas barreras. Entonces el hecho de que no le dan la cita o que no se entiende por temas de lengua, temas de distancia, temas de manejo de tecnología, todo eso, estos dos perfiles intentan mitigar estas barreras que se están presentando, incluso la misma orientación de qué es lo que se está presentando al interior de la persona y por qué le están dando. un diagnóstico, un tratamiento, un manejo desde lo occidental. (Comunicación personal, 2025).

En conjunto, estas articulaciones contribuyen a consolidar la protección y el acceso integral a los servicios, promoviendo la calidad de vida y mitigando los factores de riesgo en las comunidades. Además, de ofrecer una conciliación desde dos miradas de prácticas de cuidado: la propia y la occidental, aportando así a la generación de intervenciones en salud que generan mayor aceptación y confianza por parte de la comunidad y aportan a una atención oportuna de acuerdo con la necesidad y el ciclo vital.

Eso permite que la persona tenga más confianza a la hora de aceptar o no el tratamiento desde la medicina occidental y nos ha generado una balanza, si uno lo pone en una balanza genera más la inclinación a lo positivo, a que la persona acepta con más conciencia los tratamientos, ya sean crónicos, ya sean las gestantes, ya sean los niños, independientemente temas de cáncer y

demás, ellos lo aceptan porque ya comprenden el porqué de todo el procedimiento y todo el manejo occidental que se le está dando. (Comunicación personal, 2025).

En esta misma línea, el Gobernador Sevilio Valencia del Pueblo Eperara Siapidara, destaca cómo desde el equipo MAI se visibiliza la medicina ancestral, se aporta a la sensibilización de las entidades del Sector Salud sobre la medicina ancestral y se brinda un diagnóstico diferencial, siendo una estrategia efectiva para fortalecer las enfermedades propias y reducir la mortalidad de su comunidad, con tratamientos propios.

Para el pueblo Eperara es muy importante poder contar con el equipo MAI, debido a que el sistema de salud occidental es muy complejo, hay desconocimiento de las comunidades indígenas y sus medicinas propias. Considero que desde MAI se fortalece y se visibiliza la medicina propia, debido al enfoque diferencial que ofrece. Porque respeta la diferenciación de la medicina de cada pueblo, esto ayuda a sensibilizar al distrito de nuestras necesidades, en cuanto a nuestra medicina, desequilibrios, y sus diferentes maneras de tratamiento. Esto ha sido un apoyo fundamental para nuestra comunidad debido a que si vemos la articulación con la medicina occidental y la gestión que hace el equipo, ellos tratan las enfermedades de la comunidad con respeto y amor. Como pueblo Eperara es importante tener ese apoyo diferencial y poder contar con un equipo que trate las enfermedades espirituales, antes no había quien detectará o realizará un diagnóstico apropiado. Antes desde la medicina occidental no se daba un diagnóstico diferencial y las personas enfermaban y morían. No teníamos acceso a nuestra medicina, ni a los tratamientos para las enfermedades propias. (Comunicación personal, 19 de marzo de 2026)

Por su parte, para la comunidad Inga las acciones que se vienen adelantando a través del Equipo MAI, se encuentran enmarcadas en una implementación progresiva del SISPI, y el Plan de Vida del Pueblo, en donde se contempla la construcción de un Centro Médico propio que aporte a las atenciones en salud desde la medicina ancestral. Si bien, la comunidad reconoce los aportes de este contrato, también destaca las oportunidades de mejora:

Estamos organizados por el equipo de Salud MAI (...) un equipo que maneja todo el tema de la medicina ancestral indígena. Por el momento tenemos la Proyección del Proyecto SISPI (...) lo que busca este proyecto es que tengamos un centro médico como tal propio (...) Tenemos la toma de los amwi guasca, también contamos con parteras y con nuestros SINCHIS. Sin embargo, no contamos con delegaciones o consejos de salud propia, es decir, no tenemos un grupo propio de nuestra cultura que aborde temas como tales de salud o de salud mental" (Chincha, comunicación personal, 2026).

Desde la cosmovisión del pueblo Nasa, la salud también se entiende como un proceso comunitario y no individual. Por ello, resaltan la necesidad de establecer infraestructuras propias que reflejen su identidad: "Que haya un espacio en el cabildo donde se diga: este es nuestro centro médico, aquí están nuestras plantas, aquí hay un sabedor" (Pechene, comunicación personal, 24 de enero de 2026).

Sumado a lo anterior, las comunidades destacan como otra acción relevante en la articulación de la medicina ancestral y el Sector Salud la vinculación de gestores interculturales a través de la EPS Capital Salud, quienes actúan como puentes de comunicación para mitigar las barreras de acceso. El pueblo Inga identifica esta labor como un alivio administrativo para las familias:

La contratación de un gestor de Capital Salud (...) esta persona es un puente de comunicación y un puente de ayuda para que a la comunidad o algunas personas de la comunidad se les sea un poco más fácil acceder a este sistema de salud, teniendo en cuenta que dentro de sus funciones está el tema de agendamiento de citas, el tema de los medicamentos, de facturación y esto permite que a las familias que se acercan hacia el Cabildo o hacia ella no tengan tantas complicaciones (...) esto ha ayudado a que se mitigue un poco ese esfuerzo que pues realmente no debería hacer (Román, comunicación personal, 2025).

Asimismo, el reconocimiento de los Acuerdos 36 y 37 de la consulta previa, ha sido fundamental para garantizar el derecho a una salud con enfoque propio e intercultural y su participación, respetando las tradiciones ancestrales. Así lo reconoce el pueblo Muisca de Bosa:

Los mismos acuerdos que surgen desde la consulta previa, el Acuerdo 36 y el Acuerdo 37, que son como los dos grandes acuerdos que marcaron todo el proceso de la medicina propia, ancestral y de la medicina occidental (...) O sea, inclusive, pues Efrigerio lo decía, de esos impactos o de esos procesos que se vienen llevando a través de los acuerdos de consulta previa y que también hacen parte de nuestro plan de vida. (N. Chiguasuque, comunicación personal, 23 de enero de 2026)

En conclusión, el reconocimiento de la medicina ancestral por parte del Sector Salud fortalece la garantía, cobertura y universalidad del derecho a la salud en Bogotá. Este avance permite reconocer aportes hacia una salud integral y comunitaria, donde la autonomía y el diálogo de saberes que robustecen la participación social y la articulación interinstitucional, respondiendo de manera efectiva a las necesidades tanto colectivas como individuales de las comunidades indígenas.

2.6. Articulación Intersectorial para garantizar el Derecho a la Salud

2.6.1. Programas institucionales que aportan a la protección integral de la salud

En el marco de la implementación de la Política Pública Indígena, las comunidades han identificado algunos servicios, estrategias y acciones desarrolladas por otros sectores del Distrito que contribuyen a la protección integral de la salud a nivel familiar, comunitario y con enfoque en algunos ciclos vitales; entre los cuales se destaca la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Educación, el Sector Ambiente y la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Lo anterior, crea un mapa de sectores aliados con el fin de coordinar una gestión integral a nivel distrital para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas. No obstante, el análisis de Factores Deteriorantes profundizará en las debilidades y vacíos observados en la implementación de dichas acciones.

En lo que respecta al servicio de Canasta Complementaria de la Secretaría Distrital de Salud, la Gobernadora del Pueblo Kamëntsá, Milena Chindoy, destaca su aporte en la complementación nutricional de los Cabildos Indígenas que actualmente son beneficiarios, aportando al mantenimiento de la salud física de las comunidades:

Tener una oportunidad de poder recibir unos alimentos que hacen parte de ese cuidado integral de las personas, y pues como tal las comunidades. Los cinco cabildos que reciben el tema de canasta nutricional alimentaria, siento que también hace parte como de un cuidado integral a la familia. Porque ese, sí beneficia directamente a las familias, a las personas que hacen parte del núcleo familiar, y que como Secretaría pues han venido aportando frente a la protección de salud, pues de las comunidades. (Milena Chindoy, Comunicación Personal, 20 de marzo de 2026).

Igualmente, la Autoridad Muisca de Bosa, Liliana Tunjo, señala que este servicio contribuye a la atención de las necesidades nutricionales especialmente de algunos ciclos vitales y/o ciclos de vida que requieren especial protección en salud al interior de las comunidades.

La canasta complementaria es fundamental porque atiende las necesidades en seguridad alimentaria y nutricional de los menores de cinco de las personas mayores de las personas con discapacidad y de las mujeres gestantes. (Comunicación personal, 29 de abril de 2026).

En esta misma línea, la Gobernadora Kamëntsá, identifica que otros apoyos alimentarios como los bonos canjeables por alimentos, aportan a la complementariedad nutricional de los pueblos que no son beneficiarios de la canasta complementaria. Por su parte, el Gobernador Sevilio Valencia del Pueblo Eperara Siapidara, destaca la articulación y aportes al fortalecimiento de su comunidad por parte del Colegio José Joaquín Castro Martínez ubicado en la localidad de San Cristóbal, “considero que es un gran avance en el reconocimiento de la comunidad y de nuestros niños en el ámbito educativo, debido a que allí tenemos un espacio que nos brindaron para tener una huerta y un mural.” (Comunicación personal, 19 de marzo de 2026). Sin embargo, la Autoridad Eperara también refiere que aún se presentan algunas barreras de acceso al espacio y la necesidad de sensibilizar al cuerpo docente sobre la importancia de la huerta para la salud de la comunidad.

De otro lado, las comunidades indígenas destacan acciones de fortalecimiento cultural, a partir de las escuelas de saberes, casas de pensamiento, escuelas de medicina tradicional y lengua. Se evidencia la importancia de la articulación interinstitucional, con el fin de atender la integralidad de la concepción de salud desde los sistemas de pensamiento propio de cada pueblo, en el cual se requiere el trabajo conjunto de diferentes sectores, como el Sector Ambiente, para proteger el territorio; el Sector Educación y Cultura, para fortalecer las lenguas propias, la transmisión de saberes sobre la medicina tradicional desde la primera infancia y las trayectorias escolares en general. De esta manera lo expresa L.J. Cabiativa, del Cabildo Muisca de Suba:

Tenemos proyectos o acciones con otras instituciones de fortalecimiento, no solamente cultural, sino de gobierno propio, de ambiente, huertas. Digamos que todas esas acciones que tienen que ver con lo colectivo, también afianza en el tema del cuidado y la salud de las

comunidades. Está el tema educativo también. Sí porque digamos afianza el tema de la salud, porque la salud también está inmersa con el tema espiritual, el tema de la lengua, así el tema del conocimiento de lo que implica la salud propia de las comunidades, y pasa por un ejercicio también cultural de usos y costumbres también que hoy viene dándose con proyectos como las casas de pensamiento, entonces donde tenemos los niños y las niñas haciendo ejercicios de aprendizaje de primera infancia. (Comunicación personal, 23 de abril de 2026)

En esta línea, la Autoridad Indígena Milena Chindoy, también destaca las acciones que se adelantan desde las Casas de Pensamiento Intercultural, que hacen parte de las Unidades Operativas de la Secretaría Distrital de Integración Social para la atención a la primera infancia indígena, desde las cuales se avanza en un enfoque preventivo para el cuidado de la salud y el fortalecimiento de la espiritualidad y la transmisión de conocimientos sobre la medicina propia por parte de los sabedores a los padres y madres de familia, para la prevención de enfermedades:

Pues nosotros en las casas de pensamiento fortalecemos desde los proyectos pedagógicos también la medicina ancestral. Sí, digamos que el fuerte de nosotros es la prevención. Sí, la prevención desde la cosmovisión, los usos y costumbres de cada uno de los pueblos. En este caso los sabedores, pues son los que nos fortalecen los espacios, como digo de prevención con los niños y las niñas, ellos son como el fuerte el pilar fundamental de las casas de pensamiento donde desde lo pedagógico, pues se fortalece la medicina ancestral, así sobre todo en el tema espiritual. Sí en cuanto a armonizaciones, por ejemplo, las armonizaciones son muy frecuentes en las casas de pensamiento. Y cuando hablamos, pues de la parte espiritual también hablamos de la parte integral del cuidado de la salud. Entonces eso pues siento que se ha venido fortaleciendo el tema espiritual también en prevención hay sabedores, pues qué y familias que acuden a los sabedores de las casas de pensamiento para de pronto, una orientación. (Comunicación personal, 20 de marzo de 2026).

El proceso educativo de los pueblos indígenas residentes en Bogotá se centra en las generaciones más jóvenes, orientándose hacia la preservación de sus tradiciones y el fortalecimiento de la identidad cultural. Para el pueblo Eperara Siapidara, la transmisión del conocimiento se fundamenta en la oralidad y el respeto por la jerarquía de la experiencia, como lo relata una sabedora:

El conocimiento de los mayores es fundamental; sus palabras son sabias y ofrecen consejos que deben ser escuchados con respeto. La educación parte desde la niñez hasta la adultez a través del consejo sobre cómo convivir en sociedad. Antes de que salga el sol, en la madrugada, se reflexiona sobre el buen ser; ese es el ejemplo que los mayores dan a sus hijos (M.C. Dura, comunicación personal, 14/12/2025).

Así mismo, en el pueblo Yanacona, la transmisión de saberes trasciende la socialización de información; implica mantener activo el conocimiento en sus dimensiones física, espiritual, emocional y comunitaria. Así lo afirma un comunero: "Las prácticas de enseñanza son vitales

para preservar los conocimientos que protegen la salud" (Y. Chicangana, comunicación personal 2025).

De otro lado, el Pueblo Muisca de Bosa destaca los aportes del Sector Ambiente, a través de la Subdirección de Técnica y Operativa del Jardín Botánico de Bogotá en articulación con la Secretaría de Desarrollo Económico, frente al mantenimiento de la huerta comunitaria, a través de la cual se siembran las plantas medicinales propias de la comunidad y se realizan transformados botánicos; así como el apoyo en la comercialización de los productos de la huerta.

Y esta huerta la vienen sosteniendo los capitanes (...) entonces se le ha dado un fortalecimiento también con el Jardín Botánico, con los abonos, haciendo repelentes, y también se ha cambiado ya dos veces el plástico (...) También se hacen unas ventas de estas plantas, y también de las hortalizas que salen de las mismas. Entonces gracias a Dios se ha venido fortaleciendo este tema en todos estos últimos años, con toda la comunidad y los líderes y autoridades del Cabildo. Y también nos ha servido para tenerla en cuenta en todas las ventas de las congregaciones a nivel local y distrital de los mercados campesinos. Entonces así se ha venido también fortaleciendo el tema a nivel local y distrital." (E. Neuta, comunicación personal, 2025)

Finalmente, la Autoridad del Pueblo Muisca de Suba destaca la necesidad de articular acciones entre los Cabildos Indígenas y el Sector Desarrollo Económico, como un aliado clave para la protección de la salud de los pueblos en Bogotá, dado que las condiciones de desempleo afectan la salud física y mental de las comunidades. Así lo expresa J. Cabiativa:

(...) desarrollo económico es muy importante como un sector articulador del tema de la salud, es porque hay una necesidad, y es que, si bien hoy la comunidad está afiliada o tiene acceso a atenciones desde lo occidental, necesitamos que las familias se encuentren vinculadas laboralmente o tengan un ingreso económico que les permita superar algunas necesidades económicas que hace que se presenten situaciones de enfermedad. No solamente pensadas en lo físico, sino también en lo mental, vienen los problemas familiares, comunitarios. Entonces ahí hay una apuesta con el sector de desarrollo económico de poder generar economías populares o circulares. Sí, economías propias también de cosas que hacemos como comunidad, para que estas familias puedan tener un ingreso económico." (Comunicación personal, 23 de abril de 2026).

Lo anterior evidencia la integralidad de la concepción de salud de los pueblos indígenas en Bogotá, y las necesidades de atención en los ámbitos del cuidado físico, espiritual, cultural, territorial, educativo, social y económico.

2.6.2. Articulación institucional y atención en salud intercultural

A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, se desarrollan procesos de atención en las diferentes localidades de Bogotá. Estas redes, articuladas con hospitales, centros de salud, equipos comunitarios y entidades distritales, implementan acciones territoriales orientadas a facilitar el acceso de las comunidades indígenas a servicios de salud básicos y especializados en distintos niveles de complejidad. Estas acciones buscan responder a las necesidades de los pueblos indígenas

mediante estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y acompañamiento integral a lo largo del curso de vida. Asimismo, incluyen procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Así lo expresa la comunidad Muisca de Bosa:

Tenemos diferentes UPAS que se encuentran en la localidad y ellos también, a raíz de esos procesos que se articulan, hacen campañas de salud donde se atiende a la gente, se realizan jornadas de vacunación y procesos de higiene oral. Eso también es importante porque, de cierta manera, ayuda a la comunidad. (D. Cobos, comunicación personal, 2025).

Los procesos de atención desarrollados en los territorios mantienen una articulación permanente con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, destacándose el papel de la Secretaría Distrital de Salud en el seguimiento de acciones, planes y programas dirigidos a las comunidades indígenas. Estas intervenciones se realizan en escenarios comunitarios y priorizan estrategias de educación para el cuidado de la salud, el acompañamiento territorial y la promoción de prácticas de atención con pertinencia cultural.

En conclusión, las Subredes Integradas de Servicios de Salud aportan al fortalecimiento de la atención en salud de las comunidades indígenas mediante la articulación entre hospitales, centros de salud, equipos comunitarios y entidades distritales. Este trabajo conjunto contribuye a ampliar el acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. No obstante, como se profundizará en el apartado de Factores Deteriorantes, persisten diversas dificultades y barreras que limitan la garantía plena de una atención integral, pertinente y culturalmente adecuada para los pueblos indígenas.

1. Análisis transversal de los Factores Deteriorantes en Salud

El análisis en torno a los factores deteriorantes en salud que se desarrollan a continuación, al igual que en el caso de los factores protectores, fue elaborado a partir de los testimonios recogidos en los espacios comunitarios y los recorridos territoriales, como estrategia metodológica mediante la cual los pueblos indígenas identificaron aquellas condiciones y situaciones que inciden negativamente en su bienestar y en sus formas propias de cuidado en el contexto de Bogotá.

Para los pueblos indígenas, los factores deteriorantes en salud corresponden a las condiciones, situaciones y dinámicas socioculturales, históricas, territoriales, ambientales y físico-biológicas que repercuten de manera negativa en el bienestar individual y colectivo. De igual forma, comprenden aquellas afectaciones que inciden en el plano espiritual, así como las limitaciones o rupturas que dificultan el desarrollo de prácticas propias de cuidado, prevención y pervivencia cultural. En conjunto, estos factores afectan sus sistemas de cuidado propio y repercuten en la salud, en la continuidad de la medicina propia y en las formas de cuidado que articulan cuerpo, pensamiento, comunidad y territorio.

A ello se suman las transformaciones que introduce el contexto urbano sobre las formas de habitar, alimentarse, trabajar, movilizarse y relacionarse con el territorio, así como las barreras de acceso a la salud, las experiencias de discriminación, la contaminación ambiental, la inseguridad y las dificultades para dar continuidad a la medicina propia y a la transmisión intergeneracional de saberes.

Las afectaciones asociadas a estos factores se interrelacionan entre sí y producen efectos acumulativos sobre la salud de estas comunidades indígenas, involucrando a la familia, la comunidad, los sabedores, las mujeres, los/as mayores/as y las nuevas generaciones, además de evidenciar la incidencia de condiciones externas vinculadas a la ciudad, a la respuesta institucional y a la salud pública.

En este orden, a lo largo del presente apartado, los factores deteriorantes en salud serán examinados a partir de cuatro dimensiones de análisis: la física y biológica, la espiritual, la sociocultural e histórica y la territorial – medioambiental, así como lo concerniente a la articulación con la medicina occidental.

3.1. Dimensión física y biológica

3.1.1. Cambios en hábitos y estilos de vida

El tránsito del territorio ancestral hacia el contexto urbano ha implicado transformaciones significativas en los procesos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas. Las dinámicas propias de la vida en la ciudad han incidido en la pérdida progresiva de prácticas ancestrales de protección, prevención y cuidado que históricamente han contribuido al mantenimiento del equilibrio físico y espiritual. En este sentido, el pueblo Yanacona señala que:

En el contexto urbano, los procesos de salud y enfermedad se ven transformados por las exigencias del trabajo, el ritmo acelerado de vida y el distanciamiento de las prácticas culturales propias, lo que genera nuevas formas de desequilibrio que deben ser abordadas desde una mirada intercultural." (A. Juspian, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025).

De manera concordante, el pueblo Nasa expresa: "Cuando no practicamos la medicina, cuando no mambeamos, cuando no prevenimos, entonces llegan las enfermedades. Hay que prevenir con las plantas medicinales." (R. Peña, comunicación personal, 24 de enero de 2026). Estos relatos evidencian un patrón compartido entre los pueblos: la relación directa entre la práctica de los saberes ancestrales y el mantenimiento de la salud. En el contexto urbano, la disminución o interrupción de estas prácticas es percibida como un factor que debilita las capacidades comunitarias de protección y favorece la aparición de enfermedades. Esta situación también es reconocida por pueblos como Eperara, Tubu, Wounaan Nonam, Muisca de Bosa y Muisca de Suba.

Las autoridades de la comunidad indígena Ambika Pijao resaltan que la conformación del cabildo en contexto urbano ha sido un factor determinante para la protección de prácticas en salud y culturales, incluso superando en eficacia a la preservación en algunos territorios de origen, donde la falta de organización ha generado una pérdida crítica de tradiciones, como señala

L. Tapiero: "en el territorio ya no utilizan lo nuestro, ya no se utilizan las costumbres, eso es una pérdida de cultura" (comunicación personal, 17 de febrero de 2025). Este fenómeno evidencia que la continuidad de los saberes no depende exclusivamente de la proximidad geográfica al territorio ancestral, sino de la voluntad política y la estructura comunitaria que, en entornos urbanos, ha permitido crear espacios como el equipo MAI, huertas comunitarias y la Casa de Pensamiento, articulados bajo un liderazgo cohesionador

Las palabras de una comunera del pueblo Kichwa evidencian que, en la ciudad, muchas de estas prácticas han dejado de realizarse: "Las parteras me indicaron que debía hacer muchos baños de aguas dulces, al bebé y a mí para armonizarnos. Reconozco que fue mi culpa porque no hice caso." (I. Tuntaquimba, comunicación personal, 2026). Este testimonio permite observar cómo la interrupción de los cuidados ancestrales durante momentos clave del ciclo de vida, como el nacimiento, es interpretada comunitariamente como un factor que incide en el debilitamiento del organismo y en una mayor susceptibilidad frente a diversas afecciones.

De forma similar, el pueblo Muisca de Suba señala: "El tema muy frecuente es la pérdida de los saberes que han generado el no adecuado cuidado de nuestros niños y niñas. Por ejemplo, cuando uno iba a un cementerio se hacían ciertos baños y cuidados para que los niños no cogieran frío, no se descuajaran ni tuvieran afectaciones, que llevarán al secamiento del niño o de las personas." (U. Yopasá, comunicación personal, 2025). Este relato refleja cómo el debilitamiento de los conocimientos asociados al cuidado infantil se traduce en mayores riesgos para la salud de niños y niñas.

En este mismo marco, también emergen preocupaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La disminución de prácticas ancestrales de cuidado durante la gestación, el parto y el puerperio ha derivado en nuevas afectaciones en la salud de las mujeres, entre ellas dolores crónicos, debilidad en la zona pélvica, caída del útero y problemas urinarios. Así lo manifiesta el pueblo Muisca de Suba: "Al hacer malas fuerzas, al no sabernos levantar, al no tener ese cuidado durante la dieta y el parto, con los años uno empieza a sentir esas afecciones como la caída de la matriz. Ya, muchas jóvenes hoy en día, cuando se ríen, se les sale la orina y eso es por falta de cuidado de la matriz." (L. Zapata, comunicación personal, 2025).

Este relato evidencia cómo la transformación de los modos de vida y la reducción del acompañamiento ancestral durante el embarazo y el posparto generan consecuencias a largo plazo en la salud de las mujeres. Asimismo, se reconoce que en muchos casos las personas buscan atención cuando la enfermedad ya se encuentra en estados avanzados, lo que dificulta la intervención oportuna desde la medicina ancestral y limita las posibilidades de prevención.

En palabras del pueblo Muisca de Bosa: "Algo nocivo para la comunidad es la forma en que se piensa el cuidado personal, porque hasta que no estamos enfermos no nos cuidamos." (Neuta, comunicación personal, 2026). Esto permite identificar una transformación en la concepción del cuidado, pasando de una lógica preventiva y colectiva, propia de los sistemas de

pensamientos indígena, hacia prácticas más reactivas e individualizadas que predominan en el contexto urbano.

Así mismo, otro factor de riesgo identificado corresponde a la transición hacia estilos de vida más sedentarios. En los territorios de origen, las actividades cotidianas implicaban esfuerzo físico constante, como el trabajo en la tierra, las caminatas prolongadas o la recolección de agua. En la ciudad, estas dinámicas se han reducido considerablemente. Como lo expresa el pueblo Kichwa:

Nos hemos vuelto más sedentarios en comparación con nuestros antepasados que estaban en el campo. Ellos no pensaban en ir al gimnasio; su rutina era trabajar la tierra, caminar, ir por agua. La alimentación también era distinta. Debemos tomar conciencia de dónde venimos y no dejar perder nuestras raíces." (J. Ballén, comunicación personal, 2026).

En conjunto, estas transformaciones evidencian un debilitamiento de los mecanismos comunitarios de protección de la salud, así como cambios significativos en los hábitos y estilos de vida que afectan las prácticas cotidianas de cuidado.

3.1.2. Transformaciones en la alimentación

En estrecha relación con los cambios en los estilos de vida, uno de los temas que emerge con mayor fuerza durante el proceso de caracterización en salud es la transformación de las prácticas alimentarias. Para los pueblos indígenas, la alimentación no constituye únicamente un aspecto nutricional, sino que forma parte de una relación integrada entre el territorio, la cultura y la salud. Al respecto, los relatos recogidos entre los pueblos Eperãrã, Kichwa, Misak, Muisca de Bosa, Muisca de Suba, Nasa, Uitoto, Yanacona y Tubü Hummurimassa, permiten identificar patrones comunes asociados a la pérdida de soberanía alimentaria, la sustitución progresiva de alimentos propios por productos industrializados, la percepción de deterioro en la calidad de los alimentos disponibles en la ciudad y una ruptura intergeneracional en las prácticas alimentarias. Empero, en el caso de la comunidad Ambiká pijao se anima al consumo alimentos traídos desde el territorio y que son cultivados por la comunidad, algunos de ellos ya han sido incorporados dentro del programa de canasta complementaria; aunque es evidente que hay una transformación de la alimentación, también hay un esfuerzo constante en la preservación de una dieta más natural y tradicional.

En primer lugar, los diálogos desarrollados en los círculos de palabra evidencian dificultades estructurales para el acceso a alimentos tradicionales en escenarios urbanos. A diferencia de los territorios de origen, donde el abastecimiento alimentario se encuentra directamente ligado a la chagra, los ríos y otros elementos del entorno natural, en la ciudad estos alimentos deben ser adquiridos mediante circuitos comerciales o transportados desde territorios distantes, situación que limita su disponibilidad, continuidad de consumo y acceso económico.

Una situación particular se identifica en el caso del pueblo Muisca, cuyos ríos y cuerpos de agua, históricamente utilizados para actividades de pesca y abastecimiento alimentario,

actualmente presentan altos niveles de contaminación ambiental, lo que ha restringido el desarrollo de estas prácticas tradicionales en su territorio ancestral.

En este sentido, el pueblo Uitoto señala: “Existe un problema de seguridad alimentaria porque los alimentos deben comprarse y traerlos del territorio, lo cual resulta muy costoso.” (A. Tiquidimas, comunicación personal, 2025). Esta afirmación evidencia una transformación estructural en el sistema alimentario, en la que se pasa de una lógica de autosuficiencia a una dependencia del mercado, afectando la autonomía alimentaria de las comunidades. Esta situación también se refleja en la dificultad para adquirir productos tradicionales como la fariña: “La fariña toca comprarla y es muy costosa; por eso también hay un problema de seguridad alimentaria.” (G. González, comunicación personal, 2025). Reforzando la idea de que los alimentos culturalmente esenciales dejan de ser accesibles, lo que profundiza la inseguridad alimentaria y debilita las prácticas tradicionales.

Incluso cuando algunos alimentos pueden encontrarse en plazas de mercado o enviarse desde el territorio, su disponibilidad es irregular o su calidad se deteriora durante el transporte. Así lo expresa el pueblo Eperãrã: “En la plaza de mercado encontramos algunos alimentos y plantas medicinales, pero no todos. A veces toca pedirlos al territorio y el viaje los deteriora.” (S. V. Chirimía, comunicación personal, 2025). Poniendo en evidencia no sólo limitaciones de acceso, sino también afectaciones en la calidad nutricional y simbólica de los alimentos, generando una ruptura en la relación entre alimento y territorio, y aumentando los riesgos para la salud. Como consecuencia, las familias terminan consumiendo los alimentos disponibles o asequibles, lo que genera desequilibrios en la dieta tradicional.

Un segundo patrón corresponde a la transición progresiva hacia el consumo de alimentos industrializados y ultra procesados. En contraste con la alimentación tradicional basada en productos frescos, en la ciudad se incrementa el consumo de bebidas azucaradas, comida rápida y productos procesados. El pueblo Kichwa menciona al respecto: “Nos hemos dado cuenta de que una de las enfermedades que más sufrimos es la obesidad. En la comunidad se consume mucha Coca-Cola y alimentos procesados.” (F. Farinango, comunicación personal, 2026). De manera similar, el pueblo Yanacona identifica que: “El consumo de alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas debilita el cuerpo y aumenta la aparición de enfermedades crónicas.” (B. Narváez, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025). Este cambio evidencia un proceso de transición nutricional que impacta directamente en la aparición de enfermedades no transmisibles.

Otro elemento recurrente es la percepción de deterioro en la calidad de los alimentos disponibles en la ciudad, los cuales son asociados con químicos, contaminación ambiental y procesos industriales. Desde la perspectiva de los participantes, esta situación contrasta con la alimentación en los territorios, donde los alimentos son percibidos como naturales. El pueblo Uitoto expresa esta preocupación: “El pescado se consigue en la ciudad, pero no es lo mismo que

en el Putumayo. A veces puede venir contaminado por minería o mercurio y eso afecta la salud.” (Y. Sabino, comunicación personal, 2025).

Finalmente, los relatos también evidencian una ruptura intergeneracional en las prácticas alimentarias. Los mayores manifiestan preocupación porque los niños y jóvenes muestran menor interés por los alimentos tradicionales y prefieren productos asociados a la dieta occidental. Como señala el pueblo Eperãrã: "Uno prepara comida propia del pueblo y a los niños no les gusta; prefieren otras comidas. En el territorio nosotros comíamos de todo." (B. Quiro, comunicación personal, 2025). Estas transformaciones reflejan procesos más amplios de cambio social y territorial que inciden directamente en las condiciones de bienestar y salud de las comunidades indígenas.

De acuerdo con lo expresado por los pueblos en los espacios de encuentro desarrollados en el marco de esta caracterización, el cambio en la alimentación es señalado como uno de los factores que afecta de manera directa la salud y el bienestar. Estas transformaciones no solo responden a decisiones individuales, sino a condiciones estructurales del entorno urbano que modifican los hábitos alimentarios y limitan la posibilidad de sostener prácticas tradicionales

Además, los pueblos asocian estos cambios con la aparición de enfermedades como obesidad, hipertensión arterial, diabetes, desnutrición y problemas digestivos. Estas condiciones reflejan un proceso de deterioro del bienestar físico relacionado con la pérdida de prácticas alimentarias propias y la adopción de patrones externos. Teniendo finalmente que las transformaciones en las prácticas alimentarias evidencian un proceso estructural que trasciende el ámbito individual y se relaciona con las condiciones del contexto urbano, la pérdida de acceso al territorio y la creciente dependencia de sistemas alimentarios industrializados. Estos cambios no solo afectan la calidad de la dieta, sino que alteran el papel de la alimentación como práctica cultural, espiritual y de cuidado, debilitando su función protectora dentro de la vida comunitaria. Asimismo, la progresiva incorporación de alimentos ultraprocesados, junto con la ruptura en la transmisión intergeneracional de saberes alimentarios, configura un escenario en el que se incrementan los riesgos para la salud, reflejados en el aumento de enfermedades crónicas y otras afectaciones.

3.1.3. Desarmonías en salud mental y emocional.

Además de los cambios en los hábitos de vida y en la alimentación, los pueblos indígenas Eperãrã Siapidaara, Inga, Kichwa, Misak, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Los Pastos, Tubü Hummürimassa, Uitoto, Yanacona y Ambiká Pijao, identifican que la vida en la ciudad ha generado nuevas desarmonías relacionadas con la salud mental y emocional. Estas afectaciones no son comprendidas únicamente desde una perspectiva psicológica, sino como desequilibrios integrales que comprometen simultáneamente el cuerpo, las emociones, el pensamiento y el espíritu.

Los relatos recopilados evidencian que estas afectaciones se encuentran estrechamente relacionadas con las transformaciones que implica el contexto de ciudad, particularmente con la

precariedad laboral, las dificultades económicas, las dinámicas de desplazamiento y el debilitamiento de las redes comunitarias y familiares de apoyo. En este sentido, factores como la falta de empleo, la inestabilidad en los ingresos, las bajas remuneraciones salariales y las largas jornadas de desplazamiento cotidiano son identificados como elementos que inciden directamente en la salud emocional de las comunidades, generando situaciones de estrés, ansiedad, tristeza, agotamiento y dificultades en el manejo de las emociones.

Uno de los aspectos más recurrentes en los relatos corresponde precisamente al estrés, entendido como una desarmonía emergente asociada a las exigencias y tensiones de la vida urbana. Este fenómeno es interpretado no solo como una condición psicológica individual, sino como una afectación integral que repercute en múltiples dimensiones de la vida cotidiana. En este sentido, el pueblo Uitoto señala:

Uno vive condicionado a las situaciones urbanas, a los problemas que se presentan acá, y eso genera estrés. Muchas veces se manifiesta en cansancio, tristeza, dolor de cabeza, ira o desesperación. Entonces digamos que también para mí esa es una de las enfermedades, lo que el blanco llama estrés (L. Narváez, comunicación personal, 2025).

De manera similar, el pueblo Eperārã Siapidaara resalta que las condiciones económicas propias de la ciudad generan preocupaciones permanentes asociadas al pago de servicios públicos, arriendo y otras necesidades cotidianas. Estas responsabilidades producen una carga emocional constante que repercute en la salud mental y el bienestar de las familias:

En la ciudad todo tiene costo, para bañarse, para usar el baño, pagar arriendo. Eso nos afecta mucho mentalmente porque siempre estamos pensando en pagar los servicios y el arriendo; si no se paga, pueden sacarlo a uno de la casa (D. Chirimia, comunicación personal, 2025).

Asimismo, varios participantes identifican un incremento en problemáticas emocionales como ansiedad, depresión y tristeza, asociadas a la incertidumbre frente al futuro, las responsabilidades familiares y las condiciones de vida en la ciudad. Un integrante del pueblo Muisca de Bosa expresa:

En este momento hay muchas enfermedades prevalentes en la comunidad, especialmente las relacionadas con la salud mental. Me he dado cuenta de que hay mucha depresión, además del estrés (N. Chiguasuque, comunicación personal, 2026).

Otra dimensión señalada corresponde al ritmo acelerado de vida que caracteriza el entorno urbano. Las exigencias laborales, los extensos tiempos de desplazamiento y las múltiples responsabilidades cotidianas reducen las posibilidades de encuentro comunitario y dificultan la participación en prácticas culturales y espirituales propias. Sobre ello, el pueblo Muisca de Suba menciona:

Hablamos mucho del estrés, pero también de las rutinas. Hay falta de tiempo porque todo tiene que ser rápido: salir a trabajar, llegar al círculo de palabra, cumplir con muchas responsabilidades (J. Cabiativa, comunicación personal, 2025).

Además, las comunidades destacan factores como las condiciones laborales y el desgaste emocional con la aparición de enfermedades físicas, evidenciando la estrecha relación entre salud mental y salud corporal. Desde el pueblo Misak se señala lo siguiente:

Hemos detectado familias que sufren mucho estrés debido a los horarios laborales. Esto genera migraña, tensión arterial y problemas de azúcar, produciendo desequilibrios y desarmonías en el cuerpo (M. Flor, comunicación personal, 24 de diciembre de 2024).

Finalmente, los relatos indican que estas problemáticas afectan de manera significativa a niños, niñas y adolescentes. Algunos participantes identifican que los menores experimentan altos niveles de estrés asociados a conflictos familiares, tensiones económicas y situaciones de violencia intrafamiliar, afectando su bienestar emocional y sus procesos de desarrollo. Como señala el pueblo Muisca de Bosa: “En los niños también hemos identificado estrés por el entorno que viven dentro de las familias.” (López, comunicación personal, 2026). De acuerdo con los participantes, estas situaciones pueden manifestarse en diferentes afectaciones físicas, emocionales y espirituales, evidenciando la estrecha relación entre las condiciones materiales de vida, el entorno familiar y comunitario, y el bienestar integral de las nuevas generaciones.

De manera complementaria, los participantes señalan que la salud mental se encuentra estrechamente relacionada con las redes de apoyo comunitario y familiar, así como con las condiciones laborales y económicas en la ciudad. Factores como la falta de empleo, la inestabilidad en los ingresos, las bajas remuneraciones y las largas jornadas de desplazamiento generan estrés, agotamiento emocional e incertidumbre, afectando el bienestar individual y colectivo. A esto se suma el debilitamiento de los espacios de encuentro y acompañamiento comunitario, situación que profundiza sentimientos de soledad, desarraigo y dificultades en el manejo de las emociones.

3.1.4. Desequilibrios en salud

Las transformaciones descritas anteriormente se reflejan en cambios en los patrones de enfermedad identificados por las comunidades indígenas. Los relatos de pueblos como Eperārã Siapidaara, Inga, Misak, Muisca de Bosa, Muisca de Suba, Ambiká Pijao, Tubü Hummürimassa y Uitoto evidencian preocupaciones frente a la aparición de nuevos padecimientos, el aumento de enfermedades antes poco frecuentes y el deterioro progresivo de la salud colectiva. Estas afectaciones son asociadas por las comunidades con las transformaciones en la alimentación, las condiciones de vida y las dinámicas laborales propias de la ciudad.

De acuerdo con los testimonios recopilados, muchas personas llegan sanas desde sus territorios de origen y comienzan a presentar enfermedades una vez se establecen en la ciudad, especialmente padecimientos crónicos o “silenciosos”. Los pueblos Misak e Inga señalan el incremento de enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad e insomnio, así como afecciones de mayor complejidad, entre ellas cáncer, cirrosis y tuberculosis. Como expresa J. Yalanda: “Muchas personas han llegado sanas desde el territorio y han descubierto enfermedades

aquí en la ciudad, especialmente las enfermedades silenciosas como la diabetes y la hipertensión” (comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). De manera similar, el Pueblo Inga menciona la presencia recurrente de hipertensión, diabetes, cirrosis, cáncer, tuberculosis, insomnio y obesidad dentro de la comunidad, destacando que esta última afecta especialmente a las personas mayores (A. Majalu, comunicación personal, 2026).

Por su parte, el pueblo Tubü Hummürimassa relaciona estas transformaciones con la incorporación de prácticas alimentarias occidentales y el consumo de productos industrializados, percibidos como factores que alteran el equilibrio corporal y espiritual. Desde esta perspectiva, la alimentación forma parte central de los procesos de armonización y sanación desarrollados desde la medicina propia, por lo que la adaptación a nuevos alimentos requiere procesos de cuidado y fortalecimiento físico, espiritual, mental y emocional.

O si no, la parte occidental ya no es tanto la parte de cuidado, como que ya uno va adaptando la forma de alimentación en la parte occidental, lo que son las carnes, los embutidos, las salchichas, el queso, qué crema, qué eso, pues entonces ya cambia. El organismo muchas veces acepta o a veces daña también el alimento y ya la persona que consume la medicina y todo, tiene que tener una dieta para poder aprender y sanar también, porque primero tiene que sanar el cuerpo, espiritualmente, mentalmente, emocionalmente, se tiene que hacer un proceso de sanación y adaptación a ese alimento. Por eso se deja una dieta para que las personas que consuman la medicina tengan un proceso de fortalecimiento, un proceso de aprendizaje con más facilidad (Uribe, comunicación personal, 9 de diciembre de 2025).

Esto no solo evidencia un cambio en el perfil epidemiológico de las comunidades, sino que también permite identificar un proceso de transición en las condiciones de salud asociado a la vida urbana. En particular, las voces comunitarias sugieren que estos padecimientos no son percibidos como eventos aislados, sino como el resultado de transformaciones más amplias en los estilos de vida, la alimentación, el entorno y las condiciones emocionales.

Este fenómeno también es percibido como un cambio generacional, ya que algunas comunidades consideran que estas enfermedades aparecen a edades cada vez más tempranas. En palabras del pueblo Muisca de Bosa: “Nos damos cuenta de que ahora un muchacho joven adquiere muy rápido una enfermedad.” (López, comunicación personal, 2026).

Diversos testimonios relacionan estos cambios con las transformaciones en los hábitos alimentarios, los estilos de vida y las condiciones emocionales asociadas a la vida urbana. En este sentido, el pueblo Inga señala: “La hipertensión, la diabetes, la cirrosis, el cáncer, la tuberculosis, el insomnio y la obesidad se dan por el alcohol, la mala alimentación y el estrés.” (Y. Jajoy, comunicación personal, 2026).

A su vez, algunos participantes destacan que enfermedades como la obesidad, anteriormente poco mencionadas en los territorios ancestrales, comienzan a ser reconocidas como problemáticas relevantes dentro de la comunidad.

Otro aspecto señalado corresponde a las afectaciones relacionadas con la salud mental y el bienestar emocional. Desde el pueblo Muisca de Suba se menciona: “Una de las mayores enfermedades que estamos viendo es la salud mental, tanto desde lo propio como desde lo occidental.” (N. Tatiana, comunicación personal, 2025).

Además, algunos relatos indican que en el contexto urbano se percibe un aumento de enfermedades respiratorias e infecciosas, lo cual se relaciona con factores como la alimentación, la contaminación ambiental y las dinámicas de interacción social propias de la ciudad. Así lo expresa el pueblo Uitoto: “Las gripas también se presentan mucho, tal vez por el tipo de alimentación y por el círculo social en el que vivimos.” (C. Pérez, comunicación personal, 2025).

De manera general, los testimonios coinciden en señalar un incremento y diversificación de enfermedades dentro de la comunidad. Como afirma un participante del pueblo Muisca de Bosa: “Uno se da cuenta de que han crecido las enfermedades dentro de la comunidad, y eso se debe al cambio territorial, al cambio en la alimentación y a muchos factores naturales que ya no existen.” (Chiguasuque, comunicación personal, 2026).

En conjunto, estos relatos evidencian que la salud de los pueblos indígenas en contextos urbanos se encuentra profundamente influenciada por transformaciones territoriales, culturales y sociales que alteran los equilibrios que históricamente sostenían la salud comunitaria en los territorios de origen. Lo anterior, evidencia que las transformaciones asociadas al tránsito de territorio ancestral hacia el contexto urbano han generado modificaciones significativas en los determinantes de la salud física y biológica de los pueblos indígenas. Los cambios en los estilos de vida, la transición alimentaria, las nuevas desarmonías emocionales y la aparición o incremento de enfermedades crónicas configuran un escenario en el que los sistemas tradicionales de cuidado se ven progresivamente debilitados.

Desde la perspectiva comunitaria, estas transformaciones no se interpretan únicamente como cambios individuales en hábitos o conductas, sino como procesos estructurales vinculados a la pérdida de vínculos con el territorio, la reducción de prácticas culturales de prevención y las condiciones socioeconómicas propias de la vida urbana. En este sentido, la salud es comprendida como el resultado de un equilibrio integral entre cuerpo, territorio, alimentación, espiritualidad y comunidad, por lo que las alteraciones en cualquiera de estas dimensiones repercuten directamente en el bienestar colectivo.

Asimismo, los relatos evidencian una transición desde sistemas de cuidado basados en la prevención, el acompañamiento comunitario y el uso de saberes ancestrales, hacia prácticas más reactivas asociadas al modelo biomédico predominante en la ciudad. Este cambio se refleja tanto en la forma en que se concibe la enfermedad como en los momentos en que se busca atención, lo cual limita las posibilidades de intervención temprana desde las prácticas tradicionales.

En este contexto, las comunidades identifican la necesidad de fortalecer estrategias interculturales de salud que permitan recuperar y adaptar los saberes ancestrales de cuidado al

entorno urbano, reconociendo la importancia de la prevención, la alimentación propia, la actividad física cotidiana y el acompañamiento comunitario como elementos fundamentales para el restablecimiento del equilibrio en la salud.

3.2. Dimensión espiritual

3.2.1. Debilitamiento de la protección espiritual en el contexto urbano

Los procesos de salud y enfermedad asociados a la dimensión espiritual fueron abordados con especial énfasis por los pueblos Wounaan Nonam, Nasa, Eperara y Muisca de Bosa. Las narrativas recogidas permiten identificar patrones comunes relacionados con el debilitamiento del vínculo espiritual al habitar fuera del territorio ancestral, las dificultades para acceder a plantas medicinales y las limitaciones para realizar ritualidades y ceremonias propias.

Uno de los elementos más destacados corresponde al debilitamiento espiritual asociado al traslado hacia la ciudad. Desde la perspectiva comunitaria, el desplazamiento territorial implica ingresar a un espacio donde las relaciones espirituales se transforman y donde la protección espiritual puede verse afectada por la distancia con el territorio de origen. Así lo expresa una participante del pueblo Eperara:

Nuestros médicos tradicionales dicen que los espíritus de nosotros llegan muy débiles cuando venimos a otro espacio. Por eso nuestros niños a veces se enferman más aquí, porque no tienen la misma protección espiritual que se hace en el territorio. (G. Dura, comunicación personal, 2025).

En este contexto, los niños son percibidos como especialmente vulnerables, ya que pueden no haber recibido las protecciones espirituales que tradicionalmente se realizan durante la infancia en el territorio. De manera complementaria, los participantes señalan que la ruptura del vínculo con el territorio debilita la eficacia de la medicina ancestral. Esto se debe, en gran parte, a las dificultades para acceder a plantas medicinales y realizar los tratamientos de acuerdo con los principios espirituales que orientan su uso.

Desde la cosmovisión indígena, las plantas no solo poseen propiedades terapéuticas, sino también una dimensión espiritual asociada a su recolección y al lugar donde se realizan los tratamientos. En palabras de un integrante del pueblo Wounaan Nonam: “Aquí es muy difícil conseguir plantas medicinales. No es lo mismo conversar con la planta y hacer el tratamiento en el territorio, porque se pierde la fuerza espiritual.” (L. Carpio, comunicación personal, 2025).

De forma similar, algunos participantes explican que incluso cuando las plantas son traídas desde el territorio, estas pueden perder parte de su energía durante el traslado: “Cuando traen plantas del territorio ya llegan sin fuerza para combatir la enfermedad.” (C. Dura, comunicación personal, 2025). Así mismo, los pueblos identifican la presencia de fuerzas espirituales ajenas al territorio propio. Desde la interpretación comunitaria, la ciudad es comprendida como un espacio donde convergen diferentes energías espirituales que pueden entrar en conflicto con las de los pueblos indígenas. Un participante Eperara explica: “En esta

ciudad hay espíritus de otros pueblos que son más fuertes y pueden atacarnos.” (G. Dura, comunicación personal, 2025).

Finalmente, los relatos también señalan las dificultades para realizar ritualidades y ceremonias en el contexto urbano debido a la escasez de espacios naturales adecuados. Como menciona un representante del pueblo Nasa: “Las armonizaciones en la ciudad no son fáciles. Los ríos están contaminados y muchas veces toca armonizar incluso sobre el cemento.” (M. Pechene, comunicación personal, 24 de enero de 2026).

Estas condiciones reflejan cómo las transformaciones territoriales y ambientales propias de la urbanización afectan la relación espiritual con la naturaleza y repercuten en el bienestar colectivo. Lo anterior, es indicativo de que la dimensión espiritual constituye un componente central en la comprensión indígena de los procesos de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, la salud no se limita al bienestar físico o emocional, sino que depende del equilibrio entre la persona, el territorio, la naturaleza y las fuerzas espirituales que habitan en el entorno.

El traslado hacia el contexto urbano representa, para muchas comunidades, una ruptura en estas relaciones espirituales, debido a la distancia con los territorios ancestrales, la dificultad para acceder a plantas medicinales y las limitaciones para realizar ritualidades en espacios naturales. Estas condiciones generan un debilitamiento de los sistemas de protección espiritual que tradicionalmente han acompañado los procesos de cuidado, especialmente en momentos clave del ciclo de vida como el nacimiento, la enfermedad o los procesos de armonización.

Asimismo, la ciudad es interpretada como un espacio donde convergen múltiples energías y espiritualidades que no siempre guardan relación con las cosmovisiones propias de los pueblos indígenas. Esta coexistencia puede generar tensiones espirituales que se expresan en desarmonías físicas, emocionales o comunitarias.

A pesar de estas dificultades, los relatos también evidencian procesos de adaptación y resistencia cultural mediante los cuales las comunidades buscan mantener sus prácticas de armonización, ritualidad y medicina tradicional en contextos urbanos. En este sentido, la dimensión espiritual continúa siendo un eje fundamental para la interpretación del bienestar y para la construcción de estrategias comunitarias orientadas al restablecimiento del equilibrio entre la persona, la comunidad y el territorio.

3.3. Dimensión sociocultural e histórico

3.3.1. Discriminación y afectaciones a la identidad cultural

Uno de los factores deteriorantes más recurrentes en las narrativas de los pueblos Eperara, Inga, Kamëntsá, Misak, Muisca Bosa, Pastos, Tubu, Uitoto, Yanacona y Ambiká Pijao, corresponde a las experiencias de discriminación en espacios como la escuela, el sistema de salud y la vida urbana en general. Estas situaciones no se configuran como hechos aislados, sino que responden a dinámicas estructurales de invisibilización y desconocimiento de la diversidad

cultural indígena en contextos urbanos, lo que incide directamente en el bienestar individual y colectivo.

En el ámbito educativo, las comunidades evidencian que los sistemas pedagógicos suelen desconocer las particularidades culturales y lingüísticas de los estudiantes indígenas. Esta situación puede generar procesos de exclusión, acoso escolar y afectaciones emocionales. Como señala el pueblo Eperara: “En el colegio hay discriminación hacia los niños indígenas porque los docentes no tienen en cuenta que tenemos lengua propia y formas diferentes de aprendizaje.” (Valencia, comunicación personal, 2005). Asimismo, el bullying relacionado con los apellidos indígenas, la lengua o el uso de vestimenta tradicional genera presión social sobre los niños y niñas, quienes en ocasiones prefieren ocultar su identidad cultural para evitar burlas o comentarios discriminatorios. Este fenómeno evidencia procesos de adaptación forzada al entorno urbano, en los cuales la diferencia cultural es percibida como un factor de riesgo social, lo que puede derivar en el debilitamiento progresivo de la identidad étnica desde edades tempranas.

La discriminación también se manifiesta en el ámbito institucional de la salud, al respecto, algunos participantes mencionaron que los profesionales en salud suelen tratar a los pueblos indígenas como un grupo homogéneo, desconociendo sus diferencias culturales y territoriales. Como expresa un integrante del pueblo Uitoto: “Muchas veces nos confunden con otras comunidades indígenas y no tienen cuidado en reconocer nuestras diferencias.” (Herrera, comunicación personal, comunicación personal, 2025). Estas experiencias no solo generan desconfianza hacia los servicios de salud, sino que también evidencian formas de discriminación institucional que limitan el reconocimiento de los sistemas propios de conocimiento y cuidado. En este sentido, la falta de un enfoque intercultural efectivo en la atención contribuye a la generación de barreras de acceso, al tiempo que refuerza procesos de exclusión y deslegitimación de las prácticas ancestrales.

En conjunto, se comprende que la discriminación opera como un determinante social que afecta de manera directa la salud y el bienestar de los pueblos indígenas en contextos urbanos. Sus efectos no se limitan al ámbito individual, sino que impactan la transmisión de saberes, la continuidad cultural y la relación de las nuevas generaciones con su identidad, configurando así un escenario en el que la preservación cultural se ve tensionada por las condiciones del entorno urbano.

3.3.2. Fragmentación del tejido social.

Un factor deteriorante identificado corresponde a la fragmentación del tejido comunitario, fenómeno que se intensifica en contextos urbanos donde las dinámicas sociales, económicas y territoriales dificultan la reproducción de prácticas comunitarias tradicionales. En los territorios ancestrales, la vida comunitaria se organiza alrededor de relaciones colectivas de solidaridad, transmisión de saberes y participación en actividades compartidas. En este sentido, la comunidad no solo cumple una función social, sino que constituye un eje estructurante para la

continuidad cultural, el cuidado colectivo y la sostenibilidad de los sistemas propios de pensamiento.

Sin embargo, en la ciudad estas dinámicas se ven afectadas por la dispersión territorial de las familias, las exigencias laborales y la falta de espacios comunitarios, lo que limita las posibilidades de encuentro y de construcción colectiva. Esta transformación no solo implica un cambio en la forma de habitar el territorio, sino que genera una ruptura en los mecanismos tradicionales de cohesión social y organización comunitaria.

En la actualidad, la fragmentación del tejido social que viven las comunidades indígenas residentes en Bogotá no se explica únicamente por el traslado del territorio ancestral a la ciudad o por la absorción de estos territorios debido a la expansión urbana, como ha ocurrido con los pueblos Muisca de Bosa y Muisca de Suba. Este fenómeno responde también a procesos históricos más complejos, como el desplazamiento forzado y el despojo territorial, que han obligado a las comunidades a reconfigurar sus formas de vida.

En el caso del pueblo Pijao, por ejemplo, la salida del territorio y el arribo a la ciudad se vinculan a contextos de conflicto que afectaron el arraigo con los espacios donde circulaba la tradición oral, interrumpiendo la posibilidad de sostener la vida comunitaria desde sus referentes culturales. Sin embargo, gracias al posicionamiento político- organizativo del Cabildo en la actualidad la vida comunitaria es uno de los ejes centrales de la preservación y transmisión de los conocimientos ancestrales, mientras que dentro de los hogares, la convivencia y comunicación frente a estas prácticas se ha visto forzosamente afectada.

La experiencia de despojo territorial también es expresada por el pueblo Muisca de Bosa: "ya no hay territorio, es muy difícil volver a tiempos antiguos y tener la cantidad de personas que tenía la comunidad en antaño, y hoy estamos en una situación en la que vivimos en ciudad, que allá a la vuelta de la esquina están vendiendo vicios, están vendiendo drogas, están tomando cerveza, están teniendo peleas la gente, hay accidentes," (Neuta, Comunicación personal, 2026). Este testimonio evidencia cómo las condiciones del entorno urbano no solo sustituyen el territorio ancestral, sino que introducen nuevas dinámicas sociales que afectan la convivencia, la seguridad y la posibilidad de mantener prácticas comunitarias.

Uno de los efectos más significativos de este proceso es el debilitamiento de los vínculos comunitarios, lo que incide en aspectos fundamentales como la transmisión de saberes, la orientación de las nuevas generaciones, el acompañamiento en situaciones de enfermedad y la conservación del equilibrio espiritual y físico. En este sentido, algunos participantes destacan que la transmisión de conocimientos ancestrales entre generaciones se ha reducido considerablemente. Como señala el pueblo Eperara: "En Bogotá ya no transmitimos los saberes a los jóvenes porque no tenemos huerta ni espacios para compartir con ellos." (Dura, 2025). Evidenciándose cómo la pérdida de espacios propios afecta no solo las prácticas productivas, sino también los escenarios pedagógicos y de cuidado.

Asimismo, la pérdida de sabedores y sabedoras mayores representa una preocupación importante para las comunidades. Desde el pueblo Muisca de Bosa se expresa: “Hemos perdido muchas memorias con los mayores que se fueron, y ahora quién nos lo va a recordar.” (M. Susa, comunicación personal 2026). Esta situación da cuenta de una afectación directa en la memoria colectiva y en la continuidad del conocimiento ancestral, considerando que los mayores cumplen un rol fundamental como orientadores, autoridades y transmisores de saber.

Otro aspecto relevante es la transformación en los roles de crianza y cuidado. En el territorio ancestral, estos procesos se desarrollan de manera colectiva, con la participación de padres, mayores y sabedores. En el contexto urbano, las exigencias laborales y las condiciones económicas desplazan estas dinámicas, reduciendo el tiempo familiar y limitando la orientación a las nuevas generaciones. Esto genera procesos de socialización más fragmentados, caracterizados por el aislamiento y la disminución de la escucha al interior de la familia.

Finalmente, la fragmentación también se manifiesta en el debilitamiento de los vínculos intergeneracionales y una transformación en los espacios y canales donde se ejerce la autoridad de los mayores y sabedores, sin que haya desaparecido su importancia cultural y social. En algunos casos, esto se traduce en la pérdida de respeto, la disminución de la participación de los jóvenes y el quiebre en los procesos de orientación colectiva. En el pueblo Tubú se señala que “la fragmentación, la envidia, el resentimiento y la pérdida del respeto por los mayores son identificados como elementos que debilitan la salud comunitaria y espiritual”. Este aspecto refleja que la fragmentación no solo es estructural, sino también relacional y simbólica.

3.3.3. Violencias

Finalmente, varios participantes señalan que los procesos de migración hacia la ciudad están vinculados con experiencias previas de violencia armada en los territorios ancestrales. Estas situaciones generan desplazamiento, ruptura territorial y procesos de adaptación forzada en entornos urbanos, configurando trayectorias de vida marcadas por la discontinuidad del territorio y la pérdida de referentes comunitarios. En este contexto, la violencia no se limita a un evento puntual, sino que se configura como un proceso continuo que se transforma y se reconfigura en el espacio urbano.

Desde la vida cotidiana de las comunidades indígenas, las diferentes formas de violencia se presentan de manera persistente en los entornos donde habitan. El pueblo Yanacona describe la siguiente situación: “robos, peleas entre vecinos, presencia de habitantes de calle y conflictos recurrentes” que “limitan el uso de los espacios públicos y generan miedo constante en las familias” (P. Majin, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025). Por su parte, el pueblo Nasa identifica la presencia de actores al margen de la ley, como pandillas, que generan situaciones de inseguridad especialmente en horas nocturnas, limitando la movilidad peatonal y produciendo ambientes de tensión y alerta permanente.

Estos elementos permiten evidenciar que la violencia urbana opera como una forma de violencia estructural, en tanto restringe el acceso seguro al espacio público, condiciona las

prácticas cotidianas y limita el ejercicio de la vida comunitaria. En este sentido, la relación de las comunidades con el territorio urbano se ve transformada, pasando de ser un espacio de encuentro y socialización a un entorno percibido como hostil, lo que reduce significativamente la participación en actividades colectivas y el fortalecimiento del tejido comunitario.

En el pueblo Wounaan Nonam, por ejemplo, el parque, que podría operar como un lugar de esparcimiento, es percibido como inseguro debido al consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de pandillas, lo que genera preocupación entre padres y mayores por la exposición de niños, niñas y jóvenes. De manera similar, en el pueblo Kamëntsá, el entorno de la Casa de Pensamiento Shinyak se encuentra marcado por condiciones de informalidad e inseguridad, lo que desincentiva la participación comunitaria.

Por otra parte, las violencias y su constante exposición a estos entornos generan estados de estrés y afectaciones emocionales, muchas familias enfrentan condiciones de inseguridad, hacinamiento y convivencia conflictiva en viviendas compartidas o inquilinatos. Estas condiciones pueden generar efectos negativos en la salud emocional de niños, niñas y adultos. Como menciona el pueblo Eperara: “A veces vivimos en inquilinatos donde las parejas discuten constantemente, y eso afecta mucho a los niños.” (Tovar, 2025). Evidenciándose que la violencia no solo se manifiesta como un riesgo externo, sino que se internaliza en el cuerpo y en la experiencia emocional, generando afectaciones que, desde la cosmovisión indígena, se entienden como desarmonías que comprometen tanto el bienestar físico como espiritual.

Además, algunos relatos señalan la presencia de violencias intrafamiliares asociadas al consumo de alcohol, lo cual impacta las dinámicas de crianza y el bienestar emocional de los menores. Las violencias urbanas también se manifiestan en robos, inseguridad y exposición a situaciones de riesgo, generando estados permanentes de estrés, ansiedad y agotamiento físico. Desde el pueblo Kamentsá se menciona que: “La inseguridad en la ciudad genera desarmonías como estrés, ansiedad, dolores musculares y migraña.” Desde la cosmovisión indígena, estas experiencias no solo afectan el cuerpo físico, sino que también producen desequilibrios espirituales que impactan el equilibrio entre la persona, la comunidad y el territorio.

En este sentido, los resultados evidencian que los procesos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas en contextos urbanos están profundamente influenciados por factores estructurales como la discriminación, la fragmentación del tejido comunitario y las múltiples formas de violencia que atraviesan sus experiencias de vida. Desde la cosmovisión indígena, estas violencias no sólo afectan a las personas de manera individual, sino que alteran el equilibrio entre la comunidad, el territorio y los sistemas de vida que sostienen la armonía colectiva.

3.4. Dimensión territorial y ambiental

Las dinámicas de reconfiguración de los nuevos territorios que habitan los pueblos indígenas en la ciudad enfrentan factores deteriorantes que son determinantes en sus procesos de salud-enfermedad en el contexto urbano. Los resultados de los recorridos territoriales permiten identificar diferentes factores que afectan la salud de los habitantes de la ciudad, pero que inciden

de una manera diferencial en las comunidades indígenas que, pese a su tiempo habitando en la ciudad, son afectados por condiciones territoriales y ambientales que ponen en relieve tensiones e impactos sobre su armonía, espiritualidad y salud física.

A partir de estos análisis y su recurrencia en las problemáticas expresadas en los diferentes ejercicios de los pueblos, se establecieron cuatro subcategorías que recogen las principales percepciones e impactos: contaminación y deterioro urbano, inseguridad territorial, problemáticas sociales urbanas y precariedad en infraestructura y servicios urbanos. De esta manera, es posible integrar las relaciones entre las condiciones de salud de los pueblos indígenas y el territorio urbano.

Figura 3. *Mapa de la estructura territorial de factores deteriorantes indígenas a escala distrital, identificados en los recorridos/ cartografías participativas.*

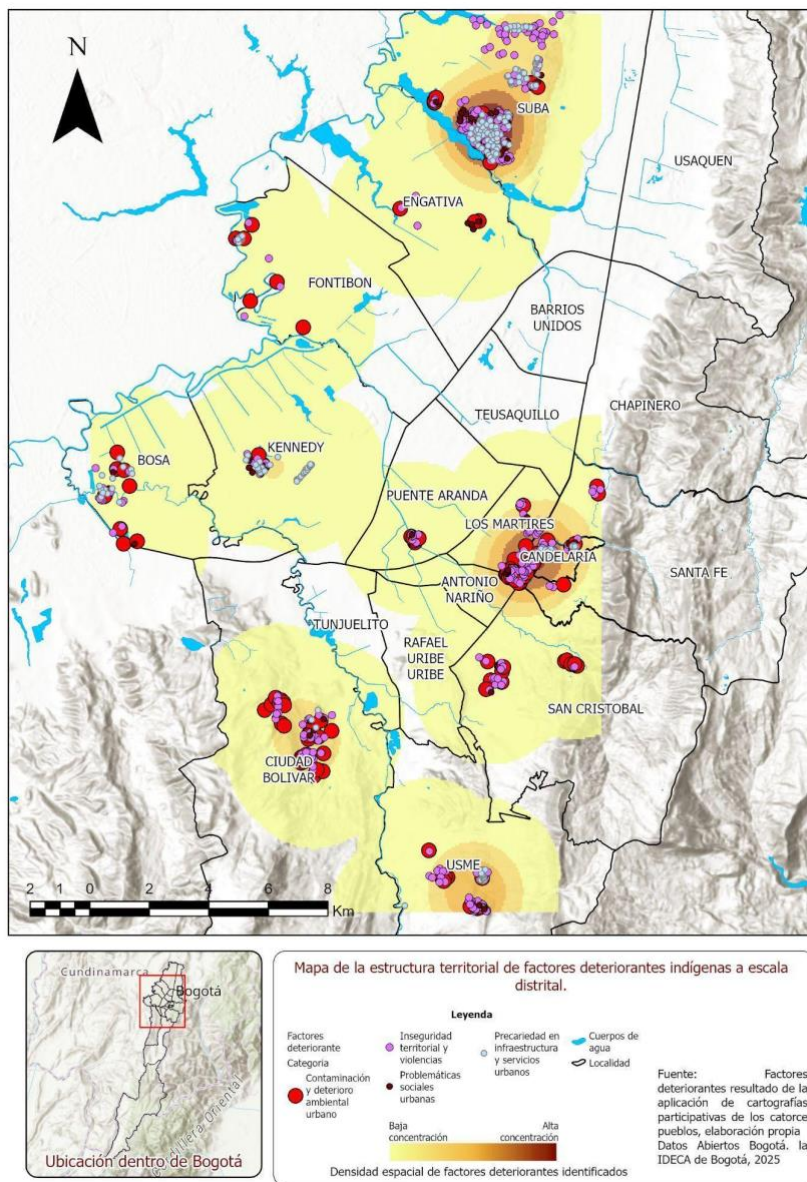


Tabla 3. Categorización conceptual de lugares de deterioro territorial y ambiental de los pueblos indígenas en Bogotá. Elaboración propia.

Categoría	¿Qué recoge?	Espacios incluidos

Contaminación y deterioro ambiental urbano	Procesos de degradación ambiental presentes en el entorno urbano que afectan la relación comunidad–territorio y generan riesgos para la salud física, emocional y espiritual. Contaminación del aire, agua y deterioro de ecosistemas urbanos.	Ríos contaminados, humedales deteriorados, quebradas con basuras, zonas industriales, rellenos sanitarios, acumulación de residuos sólidos, contaminación sonora, malos olores, emisiones industriales, espacios naturales degradados.
Inseguridad territorial y violencias	Dinámicas de violencia urbana y conflictividad territorial que afectan la movilidad, la apropiación del espacio público y la tranquilidad comunitaria. Estas situaciones generan miedo, estrés y ruptura del tejido social.	Zonas de microtráfico, parques con robos o atracos, barrios con presencia de pandillas, sectores con consumo de SPA, espacios públicos asociados a inseguridad, zonas con presencia de actores ilegales.
Problemáticas sociales urbanas	Fenómenos sociales propios del contexto urbano que inciden negativamente en las dinámicas comunitarias y en la salud colectiva, tales como consumo de sustancias psicoactivas, habitabilidad en calle, discriminación y fragmentación social.	Sectores con consumo de SPA, zonas de microtráfico, presencia de habitantes de calle, espacios con discriminación cultural, barrios con debilitamiento del tejido comunitario.
Precariedad en infraestructura y servicios urbanos	Condiciones deficitarias de infraestructura urbana y acceso a servicios básicos que generan vulnerabilidad social y limitan las condiciones de vida digna de las comunidades indígenas en la ciudad.	Calles deterioradas, falta de transporte público, ausencia de alumbrado público, infraestructura vial insegura, viviendas precarias, falta de equipamientos urbanos, acceso limitado a servicios de salud o educación.

3.4.1. Contaminación y deterioro ambiental urbano.

La contaminación ambiental en un contexto urbano como la ciudad de Bogotá se evidencia de manera explícita en los recorridos territoriales realizados por los pueblos indígenas en sus diferentes barrios y asentamientos. La presencia de contaminación en cuerpos de agua y humedales, la inadecuada disposición de residuos sólidos en diversos espacios urbanos, los olores ofensivos, las emisiones industriales, el ruido y el deterioro de los entornos urbanos constituyen

elementos clave para comprender cómo las dinámicas de la ciudad afectan la salud y las prácticas territoriales de los pueblos.

Estas condiciones impactan de manera directa e indirecta el equilibrio espiritual y comunitario, ya que inciden sobre la salud respiratoria y gastrointestinal, al mismo tiempo que alteran la tranquilidad, el pensamiento, la armonía y las relaciones comunitarias con el territorio.

Teniendo en cuenta la distribución espacial de los asentamientos indígenas en Bogotá, la contaminación urbana puede leerse como una forma de desigualdad territorial, en la medida en que las comunidades se ven obligadas a habitar territorios atravesados por relaciones de poder desiguales y disputas por el control y el uso del espacio urbano. Estas condiciones limitan las posibilidades de autonomía sobre territorios degradados y obligan a los pueblos a reinterpretar estas confrontaciones desde sus propias concepciones de salud, territorio y cuidado.

En este sentido, la contaminación y el deterioro ambiental urbano se relacionan también con los procesos de reterritorialización indígena en la ciudad, en los cuales los pueblos buscan re-inscribir sus propios sentidos de espacialidad, salud, memoria y cuidado dentro de un entorno urbano frecuentemente adverso. A través de ejercicios de cartografía social y mapeo mental, las comunidades identifican los deteriorantes presentes en sus territorios y visibilizan sus impactos en la vida cotidiana.

El recorrido territorial realizado con el pueblo Yanacona permite evidenciar estas confrontaciones, al identificar patrones persistentes de contaminación y deterioro ambiental que afectan de manera directa la emocionalidad y el bienestar de la comunidad:

Las familias residentes en Alpes y Sierra Morena destacaron los impactos negativos de la contaminación asociada al relleno sanitario Doña Juana, los olores ofensivos y la presencia de basuras. En San Luis y Tierra Grata, se señalan olores fuertes y basureros que generan incomodidad y alteran la armonía del pensamiento. En Cundinamarca, el ruido industrial y la contaminación del aire causan estrés, malestar emocional y sensación de constante carga ambiental. Este deteriorante afecta la salud física especialmente respiratoria, pero también genera agotamiento del pensamiento, tristeza y desequilibrio emocional, afectando el bienestar integral desde la visión Yanacona. (Ficha, Recorrido territorial, 22-11-2025).

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, comprender la ciudad como territorio implica reconocer que la salud depende de la existencia de condiciones ambientales, sociales y territoriales que permitan el desarrollo de una vida digna. La construcción de entornos sociales y ambientales adecuados resulta fundamental para sostener el bienestar de las comunidades.

En los recorridos territoriales se identifican múltiples situaciones que vulneran estas condiciones de vida. Por ejemplo, para el pueblo Pijao, la presencia de residuos sólidos y vectores cerca de un nodo protector como el cabildo representa un riesgo directo para la salud comunitaria:

Se ha identificado una zona cercana al cabildo donde se presentan basuras regadas (...) presencia de roedores, insectos y otros vectores que pueden provocar infecciones y contaminación de alimentos entregados en la canasta. (Ficha, Recorrido territorial, 11-11-2025).

En la misma línea, el pueblo Muisca de Bosa relaciona el deterioro ambiental con la pérdida de las funciones ecológicas y culturales que antes ofrecían estos espacios, hoy profundamente transformados por los procesos de urbanización. En el recorrido territorial se señala cómo la contaminación del río Tunjuelo y río Bogotá han modificado de manera radical las actividades y la relación de la comunidad con este ecosistema:

El deterioro del río, considerado un ‘abuelo protector’ por la comunidad, es uno de los hitos más significativos. La contaminación por aguas negras, residuos industriales y basuras ha convertido lo que antes fue un espacio de ocio y pesca en un foco de riesgo ambiental y social. (Ficha, Recorrido territorial, 13-11-2025).

Las transformaciones del territorio implican también transformaciones en los vínculos culturales y espirituales que las comunidades mantienen con los ecosistemas. La expansión urbana y la degradación de espacios como los humedales han incidido no solo en la salud física, sino también en la dimensión espiritual del territorio. Para el pueblo Muisca de Bosa, los humedales continúan siendo espacios sagrados, por lo que su deterioro se interpreta como una ruptura en las relaciones entre territorio, espiritualidad y vida comunitaria:

Durante fechas conmemorativas o ceremoniales relacionadas con la defensa y reconocimiento de estos espacios, resulta evidente el estado de deterioro en el que se encuentran: acumulación de residuos, contaminación hídrica y pérdida de elementos propios del ecosistema. La canalización del río ha transformado su función vital y espiritual, convirtiéndolo en un elemento de observación pasiva más que en un ser vivo que requiere cuidado y protección. Esto contrasta con la comprensión ancestral del agua como parte fundamental de la XIE y como fuente de vida.” (Ficha, Recorrido territorial, 13-11-2025).

Este tipo de situaciones evidencian una ruptura entre el deterioro ecológico y las desigualdades territoriales presentes en la ciudad, donde habitar el espacio urbano no garantiza necesariamente condiciones dignas de salud. Las afectaciones ambientales inciden tanto en el cuerpo como en el territorio y el pensamiento colectivo de las comunidades.

La contaminación del aire y del agua, el deterioro de ecosistemas urbanos y la presencia de vectores asociados a residuos sólidos generan espacios de pérdida de encuentro con la memoria territorial y con prácticas tradicionales de relación con la naturaleza. En este contexto, los procesos de urbanización y las formas de habitar el territorio se convierten en escenarios de tensión que desafían las prácticas de cuidado y reterritorialización mediante las cuales los pueblos indígenas buscan sostener su relación con los espacios naturales dentro de la ciudad.

3.4.2. Inseguridad territorial y violencias.

La inseguridad territorial y las violencias constituyen un foco relevante identificados en los recorridos barriales, donde, en términos generales, se manifiesta principalmente sobre

dinámicas asociadas al robo, y muy íntimamente el microtráfico de sustancias psicoactivas, en espacios públicos que generan una percepción de inseguridad deteriorada, ya sea por el consumo como tal o por la presencia de diferentes actores asociados esta, como la venta, habitabilidad en calle y monitoreo constante lo que genera conflictos urbanos y percepción de riesgo constante en determinados sectores de los barrios recorridos.

Habitar el territorio y mantener las relaciones comunitarias son un reto para algunos barrios donde provienen los pueblos indígenas en Bogotá ya que la presencia de violencias limita su agencia sobre espacios públicos, rutas cotidianas y espacios de participación hacia dentro y fuera de las comunidades, lo que reduce y estresa las relaciones/encuentros comunitarios incidiendo en la salud colectiva.

La presencia de bandas criminales en el Polígono 194 de la comunidad indígena Uitoto incide directamente sobre el desequilibrio espiritual y emocional del pueblo en el sentido de sentir el constante miedo por la integridad de la comunidad, lo que ha generado ruptura del tejido comunitario y la relación con el espacio natural directo.

El territorio visitado evidencia un contexto de alta vulnerabilidad, donde las condiciones ambientales, sociales y de seguridad impactan de forma directa la salud integral de las familias...se observa un deterioro del tejido comunitario producto de la inseguridad, el control de bandas ilegales y la desconfianza entre habitantes, lo que limita la organización colectiva y debilita las redes de apoyo. La pérdida de prácticas ancestrales de cuidado —especialmente en madres y niños— genera un vacío que, desde la visión Uitoto, se traduce en desequilibrios del cuerpo, el pensamiento y el espíritu. La situación descrita deja en evidencia la necesidad urgente de acciones integrales que reconozcan no solo las carencias materiales sino también los impactos espirituales y emocionales derivados del contexto. (Ficha, Recorrido territorial, 14-11-2025).

El pueblo Kamentsa tiene la Casa de Pensamiento Shinyak, en el corazón del barrio San Bernardo, conocido por sus procesos históricos de deterioro físico, económico y social, donde el pueblo se ha visto en riesgo frente a numerosos efectos del narcotráfico en este barrio. El desequilibrio espiritual, estrés, tensión constante generar miedo al poder participar de la CPI lo que incide sobre la salud en diferentes perspectivas. Reducción de la participación comunitaria, estrés, vulnerabilidad y desarraigo están impresas en la cotidianidad al establecerse inseguridades barriales que aumentan percepción de riesgo y afecta la integridad de la comunidad:

Por su ubicación, hace que las dinámicas sociales del entorno marcadas por la informalidad, la precariedad y la inseguridad pueden desincentivar la participación comunitaria, no porque la comunidad no quiera reunirse, sino porque el lugar no refleja los valores de armonía, protección y equilibrio espiritual que sostienen los encuentros Kamëntšá. (Ficha, Recorrido territorial, 11-11-2025)

Ya en el componente series desagregado para consumo SPA, se ejemplifica como el hecho de estar incrustados en este barrio amenaza los procesos de prevención de miembros de la comunidad como de quien no hacen parte del pueblo. Esto repercute en la salud de los pueblos

ya que ha tener estas dinámicas, con actores complejos ponen sobre la mesa dinámicas tensionantes solo al habitar este espacio:

La CPI Shinyak, es un lugar que está al servicio de la primera infancia y lamentablemente el lugar no es muy seguro, el barrio San Bernardo se caracteriza por tener muchos habitantes de calle que consumen SPA, por lo que consideramos que la ubicación del CPI Shinyak hace parte de los factores de riesgo en salud para nuestra comunidad (Ficha Recorrido territorial, 11-11-2025)

Para el pueblo Nasa, la presencia de pandillas y la percepción de inseguridad sobre todo en hora nocturnas no solo genera miedo, tensión emocional y estados de alerta permanente, sino que limita considerablemente la movilidad de la comunidad generando restricciones horarias afectando la salud emocional colectiva:

En Tocaimita, la presencia de pandillas y la percepción de inseguridad condicionan la movilidad, especialmente en las noches. En La Candelaria, la presencia de habitantes de calle cerca de la Casa del CRIC genera momentos de tensión para las familias. Ambos espacios muestran cómo la inseguridad urbana afecta la tranquilidad de la comunidad, incrementando la atención y la alerta. (Ficha Recorrido territorial)

En los recorridos territoriales realizados, esta problemática es señalada principalmente por los pueblos Uitoto, Kamëntsá, Nasa, Yanacona, Inga, Kichwa, Wounaan Nonam y Ambiká Pijao, quienes identifican la inseguridad urbana como un deteriorante que afecta tanto el bienestar físico y emocional como la continuidad de sus prácticas comunitarias y culturales. No son elementos de violencia urbana aislados, sino que constituye amenaza constante que afecta la forma de habitar la ciudad; presencia de actores violentos en espacios de invasión (como el polígono 194), escenarios de certeros de dinámicas tensas asociadas al narcotráfico, y la limitación en la movilidad y en la creación de redes propias de cuidado como externas, marcan la cotidianidad de los pueblos en Bogotá

3.4.3 Problemáticas sociales urbanas

Las problemáticas sociales sirven de componente importante si se quiere entender el porqué de los factores deteriorantes de la salud fueron identificados por los pueblos en sus recorridos territoriales. Este apartado se relaciona con las dinámicas sociales que transforman el espacio concebido y vivido por los pueblos donde las afectaciones están dadas en relación con lo comunitario. La discriminación cultural, el consumo de SPA, la presencia de habitabilidad de calle, el tejido comunitario y las tensiones en el territorio por economías ilegales marcan diferencialmente los espacios cotidianos de los pueblos indígenas en Bogotá. Repercuten las formas en las que se habita el territorio urbano y la posibilidad de tener prácticas propias que protejan la salud.

El deterioro social urbano relacionado con el consumo de SPA es una de las preocupaciones recurrentes identificados por los pueblos en los recorridos, ya que se tiene no solo como amenazas de consumo, sino que afecta otras atmósferas en la cotidianidad. Y aunque

se nombre en un componente completo, vale la pena tenerlo en la mira ya que es la forma en como el deterioro social urbano y sus complejidades están presentes en el diario; no bastaría con decir que es una amenaza latente por lo que significa el consumo legal o ilegal de las comunidades, sino que tiene un foco distinto viéndolo hacia el exterior, como un fenómeno aislado que tiene repercusiones en la visión y en la percepción del espacio más próximo, ya que aquellos actores externos alteran las relaciones comunitarias.

La transformación del espacio urbano y la presencia de habitabilidad en calle están asociadas a esta percepción de deterioro social del espacio público, que es el escenario propio para diferentes actividades ligadas a su cultura ya a la apropiación del territorio. Tal es el caso de los pueblos de Inga, Yanacona, Nasa y Kamentsa, que son pueblos que viven con estas dinámicas de formas más latentes. Estos pueblos no solo lo identifican como una posible amenaza para miembros de su comunidad, sino que lo relacionan externamente con procesos de redes de microtráfico y economías informales que se asocian, se muestra una notable exposición generando tensiones familiares y preocupación sobre la forma en que la cultura se transmite y se mantiene en prácticas comunitarias.

3.4.4. Precariedad en infraestructura y servicios urbanos.

La precariedad en la infraestructura y servicios urbanos fue uno de los temas con mayor relevancia dentro de los recorridos territoriales como factor deteriorante de la salud. Dentro de esta categoría se enmarca las condiciones de falta de transporte, acceso a los barrios donde se asientan, ya existencia de vías en mal estado, ausencia de alumbrado público cercano a sus nodos de cuidado o gobernanza. Alguno de mayor consideración como el acceso a agua potable, alcantarillado y carencia de equipamientos urbanos. esto incide en la movilidad, el acceso a salud, educación o trabajo, afectando la salud física, emocional y comunitaria de las comunidades indígenas.

Estos entornos proponen escenarios de riesgo para las comunidades al tener limitantes materiales que transforman los hábitos en el territorio urbano, afectando las prácticas propias de cada pueblo. el recorrido del pueblo Uitoto muestra:

Las condiciones del territorio evidencian múltiples factores deteriorantes para la salud indígena y comunitaria. La falta de acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado y saneamiento genera enfermedades respiratorias, gastrointestinales y afecciones dérmicas. El frío constante afecta especialmente a niños de 0 a 5 años, quienes presentan cuadros frecuentes de gripa, congestión y dificultades respiratorias. La precariedad habitacional, sumada a cables eléctricos expuestos y construcciones en material no adecuado, incrementa riesgos de incendios y accidentes domésticos. La contaminación por polvo y la acumulación de residuos deterioran aún más la salud colectiva. (Ficha, Recorrido territorial, 14-11-2025)

3.5. Articulación con la medicina occidental

3.5.1. Avances parciales de articulación y persistencia de vacíos interculturales

La articulación con la medicina occidental no se presenta de manera homogénea entre los pueblos indígenas residentes en Bogotá. En diferentes casos las comunidades reconocen avances concretos en la apertura institucional, en la creación de rutas de atención, en la participación de sabedores, parteras o gestores y en el trabajo desarrollado por los equipos de Medicina Ancestral Indígena, MAI. Estos procesos ya fueron identificados en el apartado de factores protectores como experiencias que fortalecen la atención integral y amplían las posibilidades de interlocución con hospitales, subredes, EPS y entidades distritales.

Sin embargo, las comunidades también muestran que estos avances no han resuelto de forma suficiente las brechas existentes. La articulación sigue siendo parcial, depende en muchos casos de la voluntad de ciertos profesionales o de experiencias puntuales, y aún no se consolida como una práctica institucional estable en todos los niveles de atención. En el pueblo Eperara, por ejemplo, se reconoce que ha sido posible establecer algunos diálogos con el hospital para dar salida a enfermedades que requieren atención desde la medicina propia, pero al mismo tiempo se advierte que este proceso sigue siendo limitado y que hace falta “una concientización una formación también en los hospitales del por qué debe haber una articulación con las comunidades” (Ismare, comunicación personal, 2025). Esta apreciación es importante porque no niega los avances, pero deja ver que la articulación todavía depende de esfuerzos aislados y no de una comprensión estructural del enfoque intercultural.

Cada uno de estos procesos incide en la disminución de barreras administrativas de atención en salud y fortalecen al mismo tiempo cada atención en salud que se desarrolla para las comunidades desde la inter-operativización de las instituciones, EPS y las redes de prestación de servicios de salud.

Con respecto a la articulación con el Sistema de Salud Occidental (Hospitales, Subredes, EPS) es deficiente, aún no hay enfoque diferencial, no se tiene en cuenta el enfoque y no hay prioridad ni respeto en la atención, como pueblos indígenas algunas veces tenemos alguna enfermedad occidental, no sentimos que nos podamos expresar bien las dolencias debido a la lengua propia, esto dificulta un buen diagnóstico. Se deberían tener en los centros médicos un gestor indígena (caminante de medicina, aprendiz) que pueda traducir y brindar este enfoque diferencial para que se dé un buen diagnóstico y el personal de la salud tenga claridad de qué es lo que les pasa a los comuneros, se dé un buen diagnóstico, tratamiento, y si hay que articular con los médicos ancestrales brinden las facilidades. (Sevilio Valencia, Comunicación Personal, 19 de marzo de 2026).

Además, las comunidades requieren que la permanencia del equipo MAI esté vinculada a un proceso de largo alcance que no esté supeditado por la transición de administraciones o una vigencia temporal. De esta manera lo destaca el Gobernador Sevilio Valencia:

Consideramos que MAI no debería ser un proyecto de vez en cuando, debe volverse algo más grande en donde podamos contar con otros perfiles, y que se puedan tener algunos sabedores de los pueblos indígenas en algunos hospitales, que les brinden el espacio y los

recursos para los tratamientos, para que las comunidades sepan que allí pueden acceder a un tratamiento diferencial con calidad, respeto y digno, lo cual garantiza los usos y costumbres, esto es lo que buscamos las comunidades étnicas. (Comunicación personal, 19 de marzo de 2025).

3.5.2. Carencia de ajustes normativos para la incorporación efectiva del enfoque diferencial

Actualmente, el Decreto 480 de 2025, a través del cual se establece e implementa el *Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI)* como Política de Estado en Colombia, el cual se constituye la hoja de ruta para la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas con enfoque diferencial. Sin embargo, las comunidades indígenas manifiestan la necesidad de materializar esta política en un instrumento normativo a nivel distrital para su incorporación efectiva. De esta manera lo señala L.J. Cabiativa:

Si bien hay normatividad nacional que nos permite a los pueblos indígenas hoy reconocer la medicina o acciones diferenciales, tenemos digamos nuestra sombrilla del sistema, del SISPI, pero Bogotá, y en este caso el Sector Salud no ha dado ese pasito de legislar, de normar. Entonces creo que cuando se empieza desde ahí también los actores que están alrededor de la medicina occidental empiezan a respetar y a reconocer y a vincular; creo que ese es un primer paso que se debe dar el tema normativo y legislativo, una circular, una resolución. Entonces en este caso nuestro sabedores, nuestros *saitas*, nuestras parteras, que se les reconozca, o sea, son actores visibles, y en nuestra comunidad, en la salud, y el otro sector no lo reconoce. Pues creo que eso nos permitiría entonces empezar ahí las rutas. (Comunicación personal, 23 de abril de 2026).

En conclusión, la ausencia de un instrumento normativo distrital ya sea una resolución o circular, genera un vacío que dificulta el reconocimiento institucional de los sabedores y parteras como actores legítimos del sistema. Por lo tanto, la formalización legislativa a nivel distrital no es solo un requisito técnico, sino el paso esencial para que el sector salud trascienda la medicina occidental y logre una verdadera integración que garantice, en la práctica, el respeto y la vinculación de la medicina propia indígena en la capital.

3.5.3. Barreras institucionales, desconocimiento y atención deshumanizada.

En el sistema occidental de salud persisten las barreras administrativas, no se reconoce la medicina ancestral como un proceso propio de atención, lo cual impide realizar una articulación real de acciones. En este contexto, la presencia de un enfoque diferencial que no se ha desarrollado de manera plena, alimenta las brechas de desigualdad, invisibiliza los sistemas propios de cuidado ancestral e incrementa las disparidades en salud, afectando especialmente el entorno colectivo y cultural.

Así lo identifica una comunera del pueblo Yanacona: “Las barreras culturales, la discriminación y la falta de comprensión de los saberes indígenas por parte del sistema de salud institucional afectan negativamente la calidad de la atención y profundizan las desigualdades en salud. (A. Maca, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025). Para el pueblo Misak Misak,

el desconocimiento y la desinformación sobre las rutas de atención causan retrasos significativos en la accesibilidad a consultas y tratamientos, afectando el equilibrio físico y emocional de las personas.

Así mismo, las comunidades evidencian la escasa articulación con el régimen contributivo y el sector privado y/o prestadores del servicio, lo que deja vacíos en el acceso para los miembros de la comunidad que cotizan. De esta manera lo señala L. Tunjo del Pueblo Muisca de Bosa:

Creo que es necesario también allí que en las mesas de trabajo que se tengan con aseguradores, con prestadores, y con las subredes, pues se avance en entender que el trabajo y el reto no es solo con el régimen subsidiado, porque posiblemente en Bogotá se haya avanzado de manera importante con Capital Salud, con algunos rezagos, claramente, pero, por ejemplo, el trabajo con el régimen contributivo no se ha adelantado. Y eso es un reto teniendo en cuenta que muchas de las poblaciones étnicas tienen como trabajo y tienen la posibilidad de pago y sobre eso. Pues digamos que tienen un acceso a servicios de salud en el régimen contributivo. Por tanto, la oferta de servicios está en el orden privado y allí el esfuerzo y el trabajo ha sido más tímido. (Comunicación personal, 9 de abril de 2026).

Además, se señala una ausencia de atención con enfoque intercultural, lo cual se refleja en el siguiente testimonio: “Estos obstáculos que se ocasionan dentro de este sistema es que también para los pueblos originarios no entendemos o no comprendemos cómo es esa ruta de atención de salud en Bogotá, porque pues acá todo funciona por rutas. Entonces, como no tenemos conocimiento de esa ruta, muchas veces no hacemos un procedimiento que tenemos que hacer y eso también se demora mucho para dar continuidad”. (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). Si bien desde MAI se ha pretendido facilitar acciones integrales con el modelo de salud occidental, todavía hace falta una articulación real de procesos de atención en salud.

Desde el sistema actual de salud, existen vacíos de atención de enfoque étnico diferencial, incrementando los factores deteriorantes. El desinterés por aplicar este modelo de atención indica que se profundizan más las barreras administrativas y de atención, desconociendo en parte la medicina ancestral y los contextos propios de cada comunidad indígena.

(...) Dentro de las cosas que se pueden mejorar es que claro nosotros como contamos como con un equipo MAI, pero no hay una ruta expedita para poder articular, digamos las acciones que se identifican en salir por parte de este equipo. Entonces estos equipos ese equipo se queda muy bien el nivel primario, muy bien el nivel promocional y claramente preventivo. Si lo leemos desde la mirada occidental, pero adolece de una incorporación a las rutas integrales de atención en salud que creo yo, ahí es donde está gran parte de la oferta de la prestación de los servicios, porque pues digamos que nosotros no hemos avanzado en la implementación de los modelos de atención. (Comunicación personal, 9 de abril de 2026).

El sentir de las comunidades indígenas en la percepción del talento humano en salud ratifica en gran parte un desconocimiento de medicina tradicional, debido a que cuando se realiza alguna observación la respuesta en algunas instituciones es la de indiferencia o incomprensión ante lo expuesto. Para el pueblo Misak- Misak no se cuenta con un acceso de medicina ancestral, “no tenemos un espacio donde ejercer la medicina ancestral y que sacar una cita médica es realmente muy complejo” (J. Yalanda Calambas y M. Flor Ullune, comunicaciones personales, 24 de diciembre de 2025; M. Tumiña, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025).

Dichas diferencias provocan tensiones y mantienen una brecha entre la medicina occidental y la ancestral, evidenciando una relación desigual. Cuando el sistema institucional ignora la legitimidad de los conocimientos propios, la integración fracasa y se generan nuevos obstáculos administrativos y culturales para los pueblos.

3.5.4. Limitaciones estructurales para una articulación sostenida y pertinente

Con la ausencia de espacios comunitarios, se persiste en que las barreras de trato y reconocimiento, con enfoque étnico diferencial impiden una sólida articulación para los dos sistemas de salud. Existe una debilidad de espacios comunitarios en los cuales se desarrollen programas permanentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En el pueblo Uitoto, por ejemplo, se señala que “No se cuenta con un espacio de práctica y atención de medicina propia” (K, Asprilla, 2025)., lo que afecta de manera transversal la atención en salud en imposibilita en parte la transmisión del conocimiento y la cohesión comunitaria.

El factor deteriorante en este contexto no puede abordarse solamente por la negación de incluir la medicina ancestral en las atenciones en salud, si bien se cuenta con unas acciones mínimas se debe proveer mesas de trabajo que promuevan dicha articulación con la institucionalidad occidental y así fomentar la complementariedad de acciones entre la medicina ancestral y el enfoque biomédico actual.

Uno de los principales deteriorantes identificados no es la existencia del sistema de salud occidental, sino las barreras que persisten cuando este sistema desconoce, minimiza o no comprende la medicina ancestral y los contextos propios de los pueblos indígenas. En el pueblo Inga, por ejemplo, se señala que la articulación ha avanzado, pero que todavía no se percibe un enfoque diferencial real en las atenciones. La comunidad expresa que los profesionales de salud desconocen la medicina tradicional y que, cuando esta se menciona, la respuesta institucional suele estar marcada por indiferencia o incomprensión. De esta manera lo manifiesta la Gobernadora del Pueblo Yanacona:

Las barreras son cuando se va a hacer acompañamiento a los pacientes. Es imposible entrar a los hospitales, ni a las clínicas. El equipo MAI no está reconocido. Y debe buscarse una alianza para que puedan. Que esos equipos sean reconocidos. Que vayan como lo que son, unos trabajadores de salud. Pero no los ven así, los ven como una isla aparte, pero ellos deberían de tener esa coordinación, para decir si hay un enfermo indígena, pues van y lo pueden revisar, lo

pueden mirar y solicitar de pronto que haya una facilidad de especialistas y va a haber o no. (P. Majín, comunicación personal, 8 de abril de 2026).

Lo anterior revela la necesidad de formalizar la labor de los equipos de salud intercultural MAI dentro del sistema hospitalario. En tanto los sabedores y parteras no sean reconocidos como pares profesionales y sigan siendo tratados como actores aislados, las barreras administrativas continuarán impidiendo una coordinación efectiva.

En las unidades médicas todavía se adolece del enfoque diferencial. ¡No existe! Los profesionales en salud todavía adolescentes de poder entender las prácticas de cuidado y de salud de las parteras de los sabedores. Y eso pues también digamos que traduce serias dificultades en la implementación de la respuesta propiamente dichas. (L. Tunjo, comunicación personal, 9 de abril de 2026).

En este marco, se hace necesario incluir sabedores y parteras en las rutas intramurales e intrahospitalarias, y reconocer las casas de medicina de los Cabildos como parte de la oferta de atención.

En el caso del pueblo Misak, estas limitaciones aparecen asociadas tanto al acceso como al reconocimiento efectivo de la medicina propia. Allí se expresa que “no tenemos un espacio donde ejercer la medicina ancestral” y que “sacar una cita médica es realmente muy complejo”, mientras que también se señala que las instituciones difícilmente reciben y comprenden la salud propia, por lo cual la articulación no se concreta de manera adecuada (J. Yalanda Calambas y M. Flor Ullune, comunicaciones personales, 24 de diciembre de 2025; M. Tumiña, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). En el pueblo Uitoto, las barreras se evidencian en experiencias de discriminación y maltrato en hospitales, confusión entre pueblos indígenas, demoras en la atención, dificultades para responder en territorios informales y falta de comprensión del contexto cultural, lo que incrementa la desconfianza frente al sistema de salud occidental.

Estas situaciones muestran que la principal tensión no está en la coexistencia entre medicina occidental y medicina ancestral, sino en el hecho de que esa relación todavía opera, en muchos casos, bajo condiciones desiguales. Cuando el sistema institucional no reconoce los saberes propios como parte legítima del proceso de atención, la articulación se debilita y termina produciendo nuevas cargas administrativas, emocionales y culturales para las comunidades.

3.6. Barreras de articulación distrital y retos en la adecuación sociocultural de la salud indígena.

3.6.1. Fragmentación en la coordinación interinstitucional para la garantía del derecho a la salud.

De acuerdo con lo identificado por las Autoridades Indígenas, la mayoría de las acciones que adelanta el Distrito operan dentro de la misionalidad administrativa de cada entidad y en el marco de procesos contractuales con una temporalidad definida, en los cuales el enfoque diferencial se interpreta como la vinculación de personas indígenas en la ejecución, pero requiere

adaptaciones socioculturales profundas. De esta manera lo describe la Autoridad del Pueblo Muisca de Bosa:

La deuda que se tiene de las adaptaciones socioculturales en las entidades, sí digamos como que lleva a que se interprete que el enfoque diferencial es únicamente la vinculación de personas con pertenencia étnica indígena en la ejecución de las acciones o de los proyectos. Sin embargo, el enfoque diferencial va mucho más allá, y está situado principalmente, en las adaptaciones socioculturales que deben realizar las entidades. Un poco reconociendo los sistemas de conocimiento, propio y reconociendo las prácticas culturales. Entonces ese funcionamiento básicamente es como abrir parte de la oferta que tienen de manera genérica a toda la población y ponerle un apellido tímido a que tiene una respuesta para los pueblos étnicos (...) (L. Tunjo, Autoridad Muisca de Bosa, Comunicación personal, 9 de abril de 2026)

Así mismo, en lo que concierne a los criterios de acceso a servicios nutricionales como la canasta complementaria y los bonos canjeables por alimentos, manifiestan que no se adecuan a las realidades de las comunidades indígenas. En esta medida, surge la necesidad de reformulación de los indicadores y/o métricas de medición para reflejar condiciones específicas de los pueblos y reajustar las coberturas. Así mismo, es necesario fortalecer la concertación de estos procesos con los Gobiernos Propios de cada pueblo, y tener en cuenta las particularidades del pueblo originario del territorio. De esta manera lo manifiesta la autoridad Muisca de Bosa, Liliana Tunjo:

A cuántas familias más podemos llegar, porque quizás las condiciones de vulnerabilidad que se tienen en medición para occidente no sean las mismas necesidades que tengamos nosotras como pueblos indígenas. Entonces es como eso, cómo mirar las formas de medición un poco calcular las condiciones de vulnerabilidad de una manera diferente para los pueblos (...) reajustar las ofertas que existen en el nivel distrital de manera más situada, reconocer el pueblo indígena originario (...) y creo yo que el diálogo fundamental con las autoridades, y sobre todo como con el nivel de gobierno propio. (Comunicación personal, 9 de abril de 2026)

Por su parte, el Gobernador Ramiro Piraza del Pueblo Wounaan Nonam, señala las barreras de acceso de su comunidad al servicio de canasta complementaria, debido los criterios establecidos por la entidad:

La Secretaría de Integración Social, creo que podría ser parte, que ellos pueden buscar para dar una garantía de alimentación, porque eso es parte de salud. Pero nunca digamos que obedecen a la misma respuesta que ellos dan que la población tiene que atender digamos con enfoque diferencial. Entonces la barrera que existe para la población indígena en este caso especialmente para la población Wounaan Nonam, hemos solicitado ese apoyo, pero como no existe, digamos el enfoque diferencial para que nosotros podamos recibir una canasta con enfoque diferencial. Obviamente si tal vez en esa canasta podría llegar, digamos un alimento podría ser. Digamos plátano o banano. Eso responde a la necesidad o acciones que hemos puesto, pero como te digo es difícilmente, digamos que esta entidad pone una barrera Y luego, luego dice

que no hay presupuesto para atender a la población indígena, entonces para dar respuesta a esto.” (Comunicación personal, 19 de marzo de 2026).

Sumado a lo anterior, el Gobernador Sevilio Valencia del Pueblo Eperara Siapidara, señala las dificultades presentadas en el servicio de bonos canjeables de alimentos de la Secretaría Distrital de Integración Social:

En cuanto a los bonos, considero que son insuficientes debido a que somos una comunidad pequeña. Considero que estos bonos no tienen en cuenta el enfoque diferencial en cuanto a los productos y a las familias vulnerables que acceden a ellos. Nosotros los Eperara somos una comunidad que en su totalidad somos víctimas del conflicto armado y no se tiene en cuenta esta condición. Al transcurrir del tiempo nos han venido reduciendo la cantidad de bonos y no tiene en cuenta la condición socioeconómica de las comunidades y sus necesidades. Han sido una gran ayuda para las familias que los tienen. (Comunicación Personal, 19 de marzo de 2026)

Si bien los servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social aportan a la seguridad alimentaria de algunas familias, requieren la adecuación cultural de las minutas alimentarias y la ampliación de la cobertura.

Así mismo, el Gobernador Alfonso Tuntaquimba del Pueblo Kichwa, destaca las dificultades en el acceso a estrategias y programas del Sector Cultura que aportarían a su fortalecimiento identitario y el mantenimiento de la salud física de su comunidad:

La parte de recreación y deportes ha sido prácticamente nula. El fortalecimiento a nuestras prácticas, a nuestras celebraciones ancestrales, pues ahí están también aportando de a poco, en eso sí también hemos avanzado un poco más, pero vuelvo y repito, falta, es que todo eso que se hace a nivel de pueblos originarios requiere unos recursos muy específicos: la consecución de los trajes, la consecución de la alimentación propia, la consecución de instrumentos ancestrales, o sea, eso es un recurso bastante amplio. (Comunicación personal, 19 de marzo de 2026).

Finalmente, las comunidades identifican vacíos en la atención en salud de la población víctima del conflicto armado por parte de la Autoridad Indígena del Pueblo Uitoto, “lo único que teníamos para las víctimas es PAPSIVI, pero desde hace dos años no ha venido funcionando. Y el otro programa que tenemos es MAI.” (H. Narváez, comunicación personal, 26 de marzo de 2026).

En esta medida, se evidencia la desarticulación interinstitucional para atender o garantizar el derecho a la salud propia e intercultural en Bogotá. Si bien el objetivo de la Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C., 2024 – 2035, es brindar una respuesta integral y coordinada entre los sectores distritales para avanzar en la reivindicación de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas que perviven en Bogotá, a través de la adecuada implementación del enfoque diferencial en los niveles local y distrital; la realidad vivenciada por las comunidades es que la respuesta institucional se encuentra desarticulada, se presentan

problemas de cobertura en los servicios de atención a las personas mayores o las familias, sumado a la falta de diferencial en la implementación de éstas.

En este marco, se requiere implementar adaptaciones socioculturales reales que, además que además de la vinculación contractual de perfiles indígenas, incorpore los sistemas de conocimiento propio y las prácticas culturales de los pueblos. Así mismo, es necesario articular y armonizar programas entre sectores para atender de forma integral a familias e individuos, optimizando recursos y tiempo; y logrando cambios reales en condiciones de vida. Por lo cual se requiere fortalecer la articulación intersectorial, con un enfoque integral que reconozca los planes de vida de los pueblos.

2. Estructuras propias en salud

Las estructuras organizativas de los Pueblos Indígenas fueron reconocidas a partir de la Constitución Política de 1991, posterior a la existencia de los pueblos indígenas y demás grupos étnicos dentro de la estructura del Estado. La presencia de los pueblos indígenas en Bogotá se caracteriza por un proceso de apropiación territorial y una gestión activa de la salud que trasciende la atención clínica convencional. En este entorno, las comunidades han creado sus propias organizaciones de salud para adaptarse a la vida en la ciudad. Estas estructuras funcionan mediante el trabajo colectivo y buscan mejorar las condiciones de vida y el bienestar general de sus integrantes. En este apartado se presentan las estructuras identificadas por cada pueblo, las cuales se materializan en la labor de los cabildos, comités, delegaciones y consejos de salud propia, así como en la figura fundamental de las autoridades tradicionales y sabedores espirituales. Entre ellos destacan roles como la Tachi Nawe, pildeceros y jaipanas en el pueblo Eperãrã Siapidãarã; los taitas en el pueblo Inga; y las parteras, médicos ancestrales y sabedores que mantienen vigentes las prácticas de sanación en los pueblos Muisca de Bosa y Suba, Pastos, Kichwa y Uitoto, entre otros. Además de otros elementos como los modelos de cuidado propio y la gastronomía tradicional.

Para orientar estos procesos, los pueblos han formulado instrumentos de gobierno propio como los Planes de Vida, los Planes de Salvaguarda, la Múcura de Salud del Pueblo Muysca de Suba y el Estantillo de Salud del Pueblo Muisca de Bosa, los cuales se constituyen en herramientas estratégicas para la pervivencia cultural, el fortalecimiento de la autonomía y el ejercicio de la justicia propia. Estos instrumentos no sólo orientan la organización y el relacionamiento interno de las comunidades, sino que también establecen mecanismos de interlocución y concertación con la institucionalidad distrital, facilitando el desarrollo de procesos de consulta previa y la implementación de acciones orientadas al reconocimiento y garantía de los derechos colectivos.

Finalmente, también se analiza cómo estos procesos se articulan en el fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y la operatividad del equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI). A través de un diálogo intercultural, se busca la complementariedad entre la medicina ancestral y la occidental, reconociendo espacios de

sanación como el Tambo Samai, la Tullpa o el Qusmuy, y enfrentando desafíos territoriales como el acceso a plantas medicinales y la protección de sitios sagrados en la ciudad

4.1. Pueblo Muisca de Bosa

La Comunidad Muisca de Bosa fundamenta y sostiene su identidad a partir de la Ley de origen, la cual regula la relación entre naturaleza y humanidad y otorga sentido y continuidad a la vida comunitaria, incluso a partir de la expansión urbana. Desde este principio la comunidad mantiene la búsqueda de la consolidación de la justicia propia, retomando desde la ley de origen, mostrando este esfuerzo por la recuperación de los valores de los antepasados y así mismo fortalecer la identidad y autonomía Muisca (Cuesta, 2021). En coherencia con ello, la comunidad ha construido un Plan de Vida “Palabra que cuida y protege la semilla” basado en su cosmovisión, cosmogonía, derecho mayor, calendario y Ley de origen, que se organiza en siete estantillos: gobierno y justicia propia, medicina ancestral partería y salud, territorio, cultura, economía y sustentabilidad, espiritualidad y pensamiento, y educación propia (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024).

Este Plan de Vida se constituye como un instrumento que ha enriquecido el proceso de salud comunitaria, funcionando como una estrategia que articula armónicamente las dinámicas colectivas con la gestión institucional. A través de la investigación y el trabajo colectivo, este plan se transforma en un camino vivo que orienta el bienestar integral y genera un impacto positivo en la satisfacción de necesidades básicas, las cuales han sido atendidas por las instituciones en cumplimiento de los derechos indígenas. Al respecto la sabedora N. Chiguasuque, señala que:

Un impacto muy importante es precisamente tener un plan de vida que abarca todos los estantillos y entre ellos el estantillo de salud que se logró bajo los acuerdos de consulta previa porque en el tema de salud se han logrado muchos beneficios, o necesidades que por derecho debe suplir la Secretaría de Salud y los entes de salud a la comunidad. (comunicación personal, 23 de enero de 2026).

En este marco, cobran especial relevancia los dos procesos de Consulta Previa, los cuales se materializan en 47 acuerdos orientados a fortalecer las condiciones de vida y la garantía de derechos de la comunidad Muisca de Bosa. Dentro de este escenario, destacan los Acuerdos 36 y 37 suscritos con la Secretaría Distrital de Salud, enfocados en la caracterización del plan epidemiológico y en el trabajo operativo de los cinco equipos comunitarios.

No obstante, la comunidad señala que estos acuerdos continúan en proceso de implementación y seguimiento, por lo que su cumplimiento pleno aún no se encuentra garantizado. Es importante precisar que estos avances se han desarrollado en el marco de los pilares del Plan de Vida, orientados a consolidar una atención en salud respetuosa de los usos, costumbres y formas propias de cuidado del pueblo. Como señala N. Chiguasuque, estos acuerdos han permitido “marcar todo el proceso de la medicina propia, ancestral y de la medicina

occidental” (comunicación personal, 23 de enero de 2026), promoviendo que las políticas públicas incorporen de manera progresiva la identidad y las necesidades de los pueblos indígenas. Bajo esta lógica, la estructura de gobernanza busca que cada acción, tanto espiritual como administrativa, trascienda una comprensión exclusivamente institucional de la salud y avance hacia la consolidación de un modelo integral de cuidado orientado a la protección del cuerpo, el pensamiento, el alma y el espíritu.

En lo que respecta específicamente a la operatividad del estantillo de Medicina Tradicional y salud, reúne médicos ancestrales, sabedores, parteras, terapeutas, profesionales de la salud, líderes y comuneros interesados en mitigar enfermedades y fortalecer la salud comunitaria. Su estructura se dinamiza a través del Consejo de Salud. Este espacio se encuentra encabezado por una autoridad, quien tiene la función de delegar a dos consejeros y una secretaria técnica para coordinar las acciones en el territorio. Internamente, el Consejo de Salud cuenta con el respaldo de diversos grupos especializados que salvaguardan y ejecutan la medicina ancestral, conformando una red de trabajo interdisciplinario. Según lo describe la sabedora N. Chiguasuque (comunicación personal, 23 de enero de 2026), el consejo está apoyado por: "Diferentes grupos que trabajan con la medicina ancestral, como el grupo de fortalecimiento del Espiral 4, el equipo MAI, Política Pública, el equipo más bienestar a su hogar, las atenciones propias en salud, el equipo de capital salud, y actualmente el equipo de caracterización".

Aunado a lo anterior, el trabajo de los espirales permitió la caracterización de diversos sitios sagrados de la comunidad Muisca de Bosa, a nivel Cundinamarca. Entre ellos se encuentran las piedras de Chivo Negro, el cerro de Cerro Gordo, las piedras del Tunjo, la plaza fundacional de Bosa, el cerro de Tierra Negra, el humedal Chiguasuque y el humedal Tibanica. También se reconocen espacios de gran importancia regional como el Templo de la Luna en Chía, el Templo de Sogamoso, el Templo del Sol y la laguna de Guatavita. Estos lugares constituyen territorios de memoria y espiritualidad, y son escenarios donde se realizan rituales y pagos vinculados a la medicina ancestral (E. Neuta, comunicación personal, 23 de enero de 2026).

Desde la perspectiva de los saberes espirituales, la armonía se conserva a través de prácticas que integran cuerpo, espíritu y territorio. El tejido, ejercido por las mujeres, retoma el uso, la aguja y el hilo desde los mitos de creación, y en cada puntada de la Cona o mochila se representa el ombligo como símbolo del nacimiento y la Gasa como cordón umbilical, compartiendo así la palabra y los saberes femeninos. La danza, por su parte, es un lenguaje de equilibrio: al avanzar de frente se pide lo bueno y al retroceder se entregan las cargas negativas, con danzas de los elementales, de los animales y del reconocimiento de las distintas etapas de la vida humana. La música y el canto acompañan círculos de palabra, pagos, limpiezas, rituales y ceremonias, siendo armonía y sanación; el canto es armonización y ofrenda de equilibrio hacia la flora, la fauna y el ser humano.

La agricultura ancestral rescata usos y costumbres guiados por el calendario propio, en especial solsticios y equinoccios, respetando los ciclos lunares y armonizando las chagras y

huertas para recibir la semilla, que se limpia en ceremonias físicas y espirituales para liberarla de plagas y químicos. Las semillas se clasifican según su crecimiento hacia abajo, arriba o los lados, y su siembra se ajusta a los ciclos lunares: en creciente se plantan árboles y arbustos, en luna llena se favorecen hojas y tubérculos, y en luna nueva se realizan cambios según la variedad. Estas prácticas agrícolas no solo garantizan alimento, sino que también sostienen la medicina ancestral, pues de ellas nacen las plantas sagradas que requieren un proceso ritual para su uso.

Para emplear estas plantas, se pide permiso a su espíritu, se realiza una armonización y se convoca la fuerza física, material y espiritual, de modo que los remedios, despojos y tratamientos se preparan siempre en respeto y equilibrio con la naturaleza y la comunidad. Así, tejido, danza, música, canto y agricultura se entrelazan como caminos complementarios de sanación y armonización, reafirmando la conexión entre lo humano, lo espiritual y lo territorial.

De este modo, la medicina tradicional Muisca se practica en dos escenarios complementarios: el familiar, donde predominan las plantas medicinales y sagradas aplicadas en técnicas preventivas, armonizantes y terapéuticas; y el comunitario, donde los médicos ancestrales, parteras, terapeutas y sabedores promueven la salud y atienden enfermedades que trascienden el ámbito doméstico (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024). Desde el estantillo de Medicina ancestral, partería y Salud, las ceremonias y rituales con plantas propias del territorio permiten que los espíritus de las plantas sanen, equilibren y ordenen para garantizar el cuidado (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024).

En palabras de los sabedores, la prevención y el cuidado espiritual son esenciales: “para prevenir una enfermedad el mismo cuerpo le enseña a uno, la prevención de las armonías y desarmonías” (M. Susa, Comunicación personal, 23 de enero de 2026). Asimismo, se recuerda la práctica ancestral de las purgas, que formaba parte de la educación espiritual y del cuidado de los niños: “este trabajo que también hacemos desde la parte espiritual de las purgas en los vomitivos que creo que hemos perdido” (W. Garibello, Comunicación personal, 23 de enero de 2026). Estas prácticas muestran cómo la salud integra dimensiones espirituales y comunitarias: “cuando se enferma la parte espiritual inmediatamente se enferma el cuerpo, cuando se sana la parte espiritual se sana el cuerpo” (W. Garibello, Comunicación personal, 23 de enero de 2026).

No obstante, la comunidad también reconoce desafíos en la estructura de salud, especialmente en la falta de espacios adecuados para la atención: “no hay un espacio adecuado para atender a la gente la mayoría de veces en terapias a partir de lo espiritual también, entonces la gente pues como que no cree mucho y prefiere irse al médico occidental” (M. López, Comunicación personal, 23 de enero de 2026). Estos retos muestran la necesidad de seguir fortaleciendo la medicina ancestral y su integración con la institucionalidad, asegurando que la salud comunitaria Muisca continúe siendo un proceso vivo que articula cuerpo, espíritu y territorio.

Para concluir, la forma en que la Comunidad Muisca de Bosa entiende la salud va mucho más allá de simplemente recibir atención médica; se trata de un cuidado de la vida que une el

trabajo con las instituciones y los acuerdos legales con la fuerza espiritual de su Ley de Origen. A través del fortalecimiento del Plan de Vida y sus diferentes grupos de trabajo, la comunidad no solo logra que se respeten sus derechos, sino que recupera su autonomía al practicar nuevamente el tejido, la agricultura y sus rituales sagrados. A pesar de los retos y la falta de espacios propios, esta organización demuestra que la salud es un camino vivo que nace del territorio, donde sanar el espíritu es el primer paso para que el cuerpo esté bien, asegurando así que su cultura siga fuerte y presente en la ciudad. Además, el Pueblo Muisca de Bosa cuenta con tybas, furatybas y tybarogues, como un ejercicio nominal propio de la comunidad.

4.2. Pueblo Muisca de Suba

Se han desarrollado estructuras propias de salud y armonización orientadas a garantizar el cuidado integral de la vida desde una perspectiva intercultural, territorial y comunitaria. Estas estructuras no buscan reemplazar el sistema de salud occidental, sino generar procesos de complementariedad y articulación que permitan responder de manera más adecuada a las necesidades del pueblo, como se presenta a continuación. Para empezar, la Múcura de Salud es una instancia que hace parte de la estructura político-organizativa propia, esta se consolida como un espacio de encuentro donde confluyen todos los actores de salud de la comunidad, tanto occidentales como tradicionales, bajo la orientación de una autoridad tradicional, lo que refuerza la autonomía y el gobierno propio en materia de salud.

Al respecto, U, Yopasá (2025) explica que la *múcura de salud* funciona como un espacio articulador en el que confluyen saberes propios y occidentales, integrando a personal de salud, gestores y profesionales junto con autoridades tradicionales y *zaitas*, quienes orientan los procesos espirituales y comunitarios desde las prácticas muyscas. Esta estructura se fortalece mediante proyectos y programas ajustados a las necesidades del pueblo, y se desarrolla en diversos espacios de atención y encuentro, tanto sagrados como comunitarios, destinados al cuidado integral de la salud. (Comunicación personal, 13 de noviembre de 2025). Como parte de estos procesos, la comunidad ha impulsado acciones de documentación y promoción de la medicina propia, mediante la elaboración de textos, documentos y materiales audiovisuales que buscan fortalecer, preservar y visibilizar los saberes ancestrales. Estas iniciativas se articulan con los planes de vida, mandatos y estatutos comunitarios, que orientan las acciones en salud y son el resultado de una lucha histórica por el reconocimiento de los derechos del pueblo indígena, reflejada en instrumentos como la Política Pública Indígena y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Uno de los pilares de este proceso es el Equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI), conformado por profesionales de la salud formados en el sistema occidental y por sabedores ancestrales, como médicos tradicionales y parteras. Este equipo trabaja de manera conjunta, integrando distintos enfoques de cuidado, y reconociendo que la salud no se limita al tratamiento del cuerpo, sino que involucra dimensiones espirituales, emocionales y comunitarias. Adicionalmente, el Pueblo Muisca de Suba cuenta con la atención que realizan los sabedores y

sabedoras en medicina tradicional quienes brindan sus servicios en sus casas, consultorios autoconstruidos y/o las sistemas e infraestructuras propias del cuidado (cushman, fuechy, tytuas, etc.), allí atienden tanto a personas de la comunidad como a externos. Sus saberes han resistido y pervivido gracias a la transmisión oral y práctica de una generación a otra. Actualmente, la forma en que se realiza dicha transmisión de saberes es por medio de *caminantes* de medicina, quienes son nombrados y guiados por los zaitas de la comunidad. En este marco, la armonización se plantea como un principio central: la meta no es la rivalidad entre medicinas, sino la unificación de conocimientos para el cuidado de la vida, promoviendo el diálogo respetuoso y la complementariedad entre la medicina ancestral y la occidental.

No obstante, la pervivencia de la medicina propia enfrenta importantes tensiones frente al sistema educativo occidental, el cual privilegia el conocimiento científico-académico y suele desvalorizar los saberes culturales, las lenguas propias y las prácticas ancestrales. Esta ruptura educativa genera experiencias de discriminación que pueden llevar a niñas, niños y jóvenes a rechazar su identidad indígena y a distanciarse de su cultura. Frente a este escenario, la Casa de Pensamiento Xaguara Sun Sia Sua, impulsada por el Cabildo, se constituye en una estrategia fundamental para la pervivencia cultural y el fortalecimiento del bienestar integral del pueblo Muysca de Suba. Este espacio de educación temprana promueve el aprendizaje de los conocimientos ancestrales, fortalece el ejercicio de los saberes propios, incluyendo la participación de los mayores y abuelos, y contrarresta los efectos homogeneizantes de la escuela occidental. De esta manera, favorece que las nuevas generaciones construyan una relación positiva con su identidad, su cultura y la medicina propia, contribuyendo al fortalecimiento del tejido comunitario.

De manera articulada, este proceso se integra al modelo propio de salud del pueblo Muysca de Suba, en el cual convergen programas, proyectos y estrategias comunitarias orientadas a la protección de la vida y la continuidad cultural. En este marco, las autoridades de salud, las autoridades espirituales, el gobernador y la Asamblea desempeñan un papel central en la orientación de los procesos de cuidado, la toma de decisiones colectivas y la armonización comunitaria. Asimismo, las huertas y demás infraestructuras propias e interculturales se consolidan como escenarios pedagógicos, espirituales y organizativos donde se fortalecen las prácticas de medicina ancestral, la transmisión de saberes y la relación con el territorio, articulando el cuidado físico, espiritual, emocional y comunitario desde una perspectiva integral.

4.3. Pueblo de Los Pastos

Desde la palabra propia que el Pueblo de Los Pastos aprendió caminando el territorio y escuchando a sus mayores/as y sabedores/as comprendiendo la salud como un camino integral que no separa el cuerpo de la mente, ni la persona de la comunidad, ni la vida del territorio para nosotros, la salud no empieza cuando aparece la enfermedad, sino mucho antes, en la manera cómo vivimos, cómo nos relacionamos con la Madre Tierra, como cuidamos la palabra, el

pensamiento y el equilibrio espiritual. Por tanto en relación a estructuras propias en salud no se reducen a hospitales o consultorios, sino que hacen parte de un sistema vivo que se sostiene en prácticas ancestrales, relaciones comunitarias, espacios sagrados y saberes que se transmiten de generación en generación, de acuerdo con la cultura y forma de habitar el mundo.

Dentro de este sistema, la espiritualidad ocupa un lugar fundamental, porque es desde allí donde se previene el desequilibrio y se cuida la vida. Prácticas como los pagos nos ayudan a restablecer la relación de respeto y reciprocidad con la Madre Tierra, agradecer por lo recibido y armonizar aquello que se ha alterado en el pensamiento, en el espíritu o en la convivencia. Así lo expresa la sabedora Naifer Goyes: “Hacía pago. Yo tengo dos recuerdos, uno en Monserrate, por abajo, y otro que lo hicimos arriba, muy cerca a Monserrate” (comunicación personal, 11 de noviembre de 2025). Esta palabra muestra que, aun estando en la ciudad y lejos del territorio ancestral, el Pueblo indígena de los Pastos reconoce lugares que pueden ser resignificados como espacios sagrados, de esta manera, el territorio no se pierde, sino que se reconstruye simbólicamente, permitiendo sostener la salud espiritual y colectiva en contextos urbanos.

Por eso, sanar también implica que “nosotros vemos la salud de una manera totalmente diferente (...) todo lo que es psicológico se manifiesta de una manera física” (N.Goyes, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025). Esto significa que las preocupaciones, los conflictos, las tristezas o las rupturas en la vida comunitaria, si no se atienden a tiempo, terminan enfermando el cuerpo, por eso, nuestras estructuras propias priorizan la armonización, tanto individual como colectiva, entendiendo que “la armonización grupal permite avanzar en su vida normal” (N. Goyes, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025).

Los espacios comunitarios, la palabra compartida y el acompañamiento mutuo fortalecen la salud integral, porque permiten liberar cargas emocionales, ordenar el pensamiento y restablecer el equilibrio espiritual, haciendo posible que la persona retome su caminar cotidiano en armonía con la comunidad y el territorio. Además, “generar procesos comunitarios ayuda a fortalecer la salud” (N. Goyes, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025), no solo de una persona, sino de toda la comunidad.

Una estructura fundamental de la medicina propia es la partería, que no se limita únicamente al momento del nacimiento. La partería acompaña a la mujer, a la familia y al niño desde antes de nacer, y, a lo largo de la vida, fortaleciendo los vínculos afectivos, espirituales y comunitarios, este saber se mantiene vivo gracias a la presencia de sabedoras y sabedores que transmiten el conocimiento ancestral. En este marco, la partería no solo cuida la vida, sino que sostiene la identidad del pueblo, tal como lo señala la sabedora Naifer Goyes:

(...) dentro de la medicina tenemos una parte fundamental que es la partería no es únicamente el proceso de la gestación es un proceso continuo y tenemos sabedoras dentro de ese espacio lo que buscamos es arraigar las prácticas y costumbres que tenemos como indígenas de los Pastos” (N. Goyes, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025).

Otra estructura propia que se destaca dentro de la comunidad del pueblo indígena de los Pastos es la alimentación propia, como una base esencial del cuidado de la salud. Desde la experiencia comunitaria se reconoce que “nuestra salud se puede mirar desde diferentes frentes (...) para mí la alimentación es vital (...) una alimentación limpia, libre de químicos, de la chagra y de las huertas” (N. Mueses, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025). Donde la chagra no es solo un espacio para sembrar alimentos, sino un lugar de sanación, donde se fortalece el cuerpo, el espíritu y la relación con la tierra.

Además, para el Pueblo indígena de los Pastos preparar y compartir la comida propia mantiene viva la memoria del territorio, porque en cada alimento se recuerdan los saberes de los mayores, las prácticas de la chagra y la relación respetuosa con la Madre Tierra, “cuando hacemos un almuerzo, siempre tratamos de hacer lo de allá” (Derazo, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025). El alimento propio conecta al pueblo con las raíces y refuerza el sentido de pertenencia. Lo anterior, refleja que el alimento propio no es solo una elección alimentaria, sino un acto de identidad, manteniendo viva la memoria del territorio y el legado de los mayores.

Las estructuras propias en salud también se expresan en los espacios físicos que fortalecen la autonomía comunitaria. La construcción de eco aula responde a esta necesidad, “estamos dejando la construcción de una eco aula, más cercana a lo que tenemos en nuestros territorios” (Mueses, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025). Junto con la Casa Indígena, las sedes comunitarias, los altares y otros espacios compartidos, se realizan procesos de armonización, formación desde la cosmovisión y fortalecimiento del bienestar colectivo. La organización propia es otro pilar del cuidado de la salud.

En las asambleas, encuentros comunitarios se generan espacios de sanación colectiva “en las asambleas se hacen los espacios de armonización (...) El Consejo de Mujeres también hace procesos de sanación” (Mueses, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025). Las mujeres cumplen un rol central como cuidadoras de la vida y transmisoras del saber, fortaleciendo la espiritualidad a través de rituales y altares, pues “nos fortalecemos haciendo el altar para agradecerle a la madre tierra” (Mueses, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025)

En estos procesos, la música y la danza también cumplen una función sanadora, ya que permiten liberar cargas emocionales y armonizar la energía comunitaria. Asimismo, el Pueblo indígena de Los Pastos cuenta con estructuras organizativas específicas en salud, como el Equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI), los sabedores y los caminantes. Estas estructuras permiten atender las desarmonías de manera colectiva cuando son leves, una organización propia que cuida la salud desde el conocimiento ancestral. estas estructuras permiten atender las desarmonías de manera colectiva cuando son leves, a través del acompañamiento, la palabra y las prácticas de armonización, evitando que los desequilibrios se profundicen y afecten a la persona y a la comunidad y reconocer cuándo se requiere una atención más profunda, ya sea

desde la medicina ancestral o la occidental “*puede necesitar una atención más profunda desde lo ancestral o lo occidental*” (Erira, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025).

Desde esta experiencia, se reconoce la importancia de articular ambos sistemas de salud, aunque este proceso no esté libre de dificultades, “*es complejo articular las dos partes de la medicina*” (Derazo, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025), pero también se entiende que es necesario hacerlo, esta articulación se refleja en acciones concretas como la toma de signos vitales y la priorización de poblaciones vulnerables, sin dejar de lado la base espiritual del cuidado “*tienen priorización los bebés, las personas embarazadas, los crónicos y el adulto mayor*” (Erira, comunicación personal, 08 de diciembre de 2025).

En conclusión, las estructuras propias en salud del Pueblo Indígena Pastos configuran un sistema integral y comunitario que se sostiene en el mandato del Derecho Mayor, la Ley de Origen y la palabra antigua que orienta el cuidado de la vida desde la espiritualidad, la alimentación propia, la medicina ancestral, la organización comunitaria y el vínculo profundo con el territorio, tal como lo establece el Cabildo Indígena del Pueblo Pastos en su visión de gobierno propio, donde cuidar la salud implica conservar los usos y costumbres en conexión con la territorialidad y la ley natural (Cabildo Indígena Pastos, 2021).

Este sistema se fortalece con la presencia de los sabedores, exgobernadores y médicos tradicionales, quienes resguardan el conocimiento espiritual y etnobotánico, realizan armonizaciones y atienden los desequilibrios más profundos del individuo, la comunidad y la Madre Tierra, manteniendo viva una medicina que ha pervivido gracias a la observación, la práctica y la transmisión oral (Quiroz, 2015). Sin embargo, en el contexto urbano de Bogotá, estas estructuras enfrentan tensiones derivadas de la pérdida del territorio, la contaminación ambiental, las barreras de acceso al sistema de salud occidental y el debilitamiento de prácticas ancestrales, lo que ha generado desarmonías en numerosos hogares y ha limitado el cultivo de plantas medicinales, base fundamental de la sanación propia (Universidad del Bosque, 2020; Vargas et al., 2020).

Aun así, se reconocen avances importantes en la ciudad, como el reconocimiento institucional de los enfoques étnico y diferencial, la implementación del Plan Integral de Acciones Afirmativas y la estrategia de Medicina Ancestral Indígena, que promueven la articulación entre la medicina propia y la occidental mediante equipos interculturales y la participación activa de comuneros como agentes comunitarios de salud, fortaleciendo la confianza y la pertinencia cultural en la atención (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017; Secretaría Distrital de Gobierno, 2024; Mendoza et al., 2025).

Desde esta experiencia, para el Pueblo de Los Pastos cuidar la salud desde su cosmovisión no se reduce a curar la enfermedad, sino que implica prevenir, armonizar y sanar de manera constante, defender la memoria, fortalecer la identidad y garantizar su pervivencia, caminando el territorio incluso en la ciudad, donde la tierra se recuerda, se honra y se sostiene desde la palabra, la práctica y la comunidad.

4.4. Pueblo Pijao - Cabildo Ambiká

El Pueblo Pijao, cuenta con una sólida organización político-administrativa, resultado de procesos históricos de autonomía y autodeterminación, que le ha permitido construir y sostener diversas estructuras propias para la gestión de la salud y la enfermedad. Gracias a esta organización, el cabildo dispone de espacios fundamentales como la casa del cabildo, la huerta comunitaria y la casa de pensamiento, los cuales funcionan como territorios de encuentro, sanación, transmisión cultural y cuidado colectivo. De manera complementaria, la comunidad ha fortalecido un sistema de medicina propia, sustentado en los saberes de sabedores y médicos tradicionales, así como prácticas gastronómicas ancestrales que promueven la prevención y el equilibrio integral. Asimismo, el cabildo ha construido rutas de atención en salud que permiten el diálogo intercultural con el sistema de salud occidental, articulando ambos enfoques de manera práctica y respetuosa. En conjunto, estas estructuras reflejan la capacidad organizativa del cabildo para responder a sus necesidades en salud desde su cosmovisión, fortaleciendo el bienestar físico, espiritual, emocional y comunitario de su población.

La estructura central de la salud propia la Comunidad Indígena Ambiká Pijao es su organización comunitaria y político-administrativa, la cual hace posible la existencia y el funcionamiento de los espacios propios donde se cuida y se produce la salud de manera colectiva. A través de esta organización, el cabildo recupera y sostiene prácticas ancestrales mediante la participación activa de las familias, donde niños, jóvenes y mayores son protagonistas de los procesos de cuidado, prevención y sanación. Como señala una líder comunitaria: “habría que continuar trayendo a nuestros hijos, amigos, primos, parientes... para que vean cómo se hace, cómo se crea, continuar con las danzas, con los tejidos... Hacer más talleres de medicina, limpiarlos, armonizarlos” (M. Mira, comunicación personal, 20 de diciembre de 2025). Desde este enfoque, la salud se entiende como un proceso pedagógico y vivencial que se aprende en comunidad y se replica en la vida cotidiana, permitiendo que los saberes ancestrales trascienden los espacios colectivos y se integren en los hogares, de modo que “quede como tarea ir y practicar en la casa” (M. Mira, comunicación personal, 20 de diciembre de 2025). Esta dinámica fortalece la autonomía cultural y consolida prácticas de autocuidado en el contexto urbano.

En el corazón de esta organización, las estructuras propias de salud se materializan en espacios fundamentales, como la Casa de Pensamiento, donde se activan los mecanismos de transmisión cultural y orientación espiritual. Allí, “los procesos de comunicación internos en la comunidad y en la casa de pensamiento se generan a partir del trueque de saberes, allí los mohanés o sabedores toman la palabra inicial y orientan las prácticas de la comunidad” (Sánchez & Rocha, 2015, p. 245). Este ejercicio de autoridad cultural, liderado por los sabedores, reactiva y sostiene un sistema integral de cuidado que articula lo físico, lo espiritual y lo comunitario. Al guiar las prácticas colectivas mediante el intercambio de conocimientos, los mohanés no solo legitiman la cosmovisión y la medicina ancestral en el contexto urbano, sino que consolidan una estructura de protección en salud colectiva, basada en la espiritualidad, la identidad y el

conocimiento ancestral. De esta manera, la organización del cabildo y sus espacios propios se constituyen en un pilar de resistencia, autonomía y bienestar integral frente a los sistemas de salud hegemónicos.

La segunda estructura central de la salud propia de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao es la medicina ancestral indígena, la cual se sustenta en una comprensión integral de la salud que articula cuerpo, espíritu, comunidad y territorio. Desde esta visión, el ejercicio de la medicina propia no se limita a la atención de síntomas físicos, sino que implica un acompañamiento espiritual y relacional, en el que “el médico tradicional no sólo cura el cuerpo; escucha, interpreta y acompaña el espíritu de la persona” (CRIT, s.f., p. 9). En este marco, la salud se concibe como un estado de equilibrio colectivo, donde la armonía con los otros es una condición indispensable, pues “estar mal con otros también es una enfermedad” (Nupan-Criollo et al., 2022). Asimismo, el bienestar se vincula con la resistencia cultural y la defensa identitaria, dado que “ser saludable para los Pijaos también significa permanecer resistiendo” (Nupan-Criollo et al., 2022), integrando la salud con los procesos de pervivencia y autonomía.

Esta medicina ancestral se encuentra profundamente ligada al territorio, entendido no como un escenario pasivo, sino como un agente activo en los procesos de sanación, un “ser vivo que respira, siente y sostiene nuestro equilibrio” (CRIT, s.f., p. 4). Sin embargo, frente a los desafíos del contexto urbano y el acceso limitado al territorio ancestral, el cabildo ha fortalecido formas organizativas que garantizan la continuidad de la medicina propia. En este sentido, el grupo MAI (Medicina Ancestral Indígena) se consolida como una estructura organizativa clave en la gestión de la salud, al articular los saberes ancestrales con las necesidades contemporáneas de la comunidad. El MAI actúa como un puente intercultural entre la medicina ancestral y la medicina occidental, sin perder su autonomía ni su enfoque espiritual, acompañando a las familias y preservando el conocimiento de los mayores. Como lo expresa uno de sus integrantes: “Les entregamos su medicina... tenemos nuestros mayores. Tenemos acá el equipo como tal” (M. Tapiero, comunicación personal, 20 de diciembre del 2025).

Otra de las estructuras propias en salud identificadas en el cabildo Ambiká Pijao es la gastronomía indígena, estrechamente articulada con el convite y la danza, las cuales funcionan como prácticas colectivas de prevención, sanación y fortalecimiento del bienestar integral. La gastronomía actúa como un factor protector en salud al integrar nutrición, identidad cultural y cohesión social, trascendiendo el acto alimenticio para convertirse en un ritual comunitario que fortalece los vínculos sociales y el sentido de pertenencia. Más que un hábito cotidiano, la preparación y el consumo de alimentos tradicionales permite que se realice la transmisión de los saberes de manera vivencial, reforzando la memoria colectiva y la continuidad cultural.

En coherencia con este enfoque preventivo, el modelo de salud Pijao prioriza prácticas de cuidado que fortalecen el equilibrio físico y espiritual, como “purgarnos, hacer salidas a campo, a territorio” (M. Mira, comunicación personal, 20 de diciembre de 2025), evidenciando que la alimentación, la medicina propia y el contacto con el territorio forman parte de un mismo

sistema de cuidado. La demanda de espacios territoriales en el contexto urbano, “un terreno donde uno pueda nutrirse más cerca”, subraya la necesidad de recrear vínculos con la naturaleza para mantener la armonía entre cuerpo, espíritu y entorno, condición indispensable para la salud integral.

De manera complementaria, la danza trasciende su dimensión artística para consolidarse como una estructura espiritual y comunitaria de salud, al funcionar como un acto de comunicación, armonización y fortalecimiento identitario. En la cosmovisión Pijao, la danza representa el espíritu fiestero y místico del Pijao “(...) un medio de comunicación con los dioses” (Cabildo Ambiká Pijao, 2008, p. 14), integrando lo corporal, lo espiritual y lo colectivo. Esta práctica se alinea con la concepción indígena de la salud como “armonía” y “equilibrio” (Nupan et al., 2022), donde el bienestar no se entiende de manera individual, sino como un proceso comunitario en el que el cuerpo, el espíritu y la cultura son inseparables. De este modo, la gastronomía, el convite y la danza se consolidan como estructuras vivas de protección y producción de salud en el pueblo Pijao.

4.5. Pueblo Misak- Misak

Las estructuras propias en salud del pueblo Misak-Misak se fundamentan en la articulación de saberes ancestrales, historia comunitaria y procesos organizativos internos, permitiendo gestionar los procesos de salud y enfermedad con autonomía. Desde el pensamiento Misak, esta autonomía se sustenta en una concepción integral de la salud, *asr kuantrøkai*, entendida de manera relacional y territorial, en la cual “los Misak se relacionan con los diferentes elementos de la naturaleza como alimentos del cuerpo que se encuentran en los productos agrícolas, en los animales, en el agua, en las plantas, en los sitios sagrados, en el clima, en el aire y en los astros” (Autoridad Ancestral del Pueblo Misak, 2008, p. 84). Esta comprensión da lugar a rutas propias de prevención, sanación y cura, basadas en la ritualidad, la biodiversidad y los ciclos de vida, reconociendo que “cada etapa del ciclo de vida requiere de rituales específicos, por tanto, existe un sistema medicinal con su respectiva biodiversidad” (Autoridad Ancestral del Pueblo Misak, 2008, p. 51). Como afirma Miguel Tumiña Cuchillo:

Para nosotros ha sido muy complejo estar en un contexto diferente, la lucha de la salud propia porque difícilmente las instituciones reciben y difícilmente se comprenden. Y, por tal razón no se articulan. No entienden esa dinámica de la salud propia que planteamos desde la sabiduría natural de los conocimientos propios ancestrales que hace parte y lo esencial no solamente para los pueblos originarios, sino para el ser humano” (M. Tumiña, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). Esto se complementa con lo establecido en el Mandato del II Congreso Nu Nakchak:

La salud Misak se organiza y orienta desde la autoridad ancestral Nu Nakchak, reconocida como máxima instancia de gobierno propio, con autonomía para definir instituciones, procesos y decisiones en salud conforme a la cosmovisión Misak. Esta autoridad articula los

componentes políticos, espirituales, territoriales y administrativos de la salud propia” (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.7-8).

Estas estructuras propias se encuentran orientadas por instrumentos colectivos como el Plan de Vida y la Misak Ley – Derecho Mayor, los cuales fundamentan la autodeterminación en salud desde la ley de origen. En este sentido, “el Plan de Vida es un modelo de vida humano estructurado para lograr el gran propósito de ser Misak-Misak” (Autoridad Tradicional del Pueblo Misak 2008, p. 47), integrando la salud como eje del equilibrio individual y comunitario.

De manera complementaria, la Misak Ley reconoce que “el Derecho Mayor es la ley de origen que orienta la vida, el pensamiento y la relación armónica entre el hombre Misak y la naturaleza” (Cabildo de Guambía et al., 2007, p. 9), y afirma que “el territorio es la base fundamental de la vida, la salud y la espiritualidad del pueblo Misak” (Cabildo de Guambía et al., 2007, p. 12). El fortalecimiento de estas estructuras requiere visibilización y voluntad política.

Según M. Tumiña, a través de las autoridades se está avanzando en la visibilización para que exista una articulación y equilibrio de los conocimientos de las estructuras propias de salud. (comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). El Mandato también refuerza esta idea indicando que cada cabildo Nu Nakchak debe contar con programas y equipos de salud propia, responsables de la promoción, prevención y atención desde los usos y costumbres Misak, así como de la articulación con instituciones externas bajo principios de respeto, autonomía y equidad” (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.78-79).

Así mismo, el espacio físico para la salud propia se concibe de manera simbólica y flexible. Así lo explica M. Tumiña:

ni siquiera tenemos unos espacios propios donde podemos fortalecer un espacio propio; no se requiere un espacio físico de cuatro paredes. Un espacio físico es donde podamos ejercer, sembrar, cultivar y hacer ese ejercicio de la medicina propia, del cuidado de la naturaleza” (M. Tumiña, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025).

Este enfoque se refleja en el Mandato, que señala que el Nak Kuk (fogón) y la familia, Nakchak. son reconocidos como estructuras centrales para la orientación de la salud propia, la prevención, la planificación de la vida, la educación en usos y costumbres y la transmisión de saberes ancestrales, especialmente en temas de nutrición, armonía y autocuidado (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.77-78).

En contextos urbanos, donde los espacios territoriales son limitados, se han creado estrategias para mantener la autoridad ancestral y la práctica de la medicina propia. Jorge Elías Yalanda Calambas indica:

que la única estructura que existe en contexto de ciudad acá en Bogotá es la estructura política organizativa que son las autoridades ancestrales... no tenemos donde cultivar esas plantas ancestrales y medicinales, entonces son situaciones que tenemos como pueblo Misak en contexto de ciudad” (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2024).

Sin embargo, se fortalecen espacios como el fogón (Nak Kuk), que “aunque no sea en un territorio propio, se ha realizado para poder ir fortaleciendo la autoridad ancestral que nace al servicio de la comunidad Misak en Bogotá” (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). En este contexto, las estructuras propias de salud se resignifican a través de coordinaciones, consejos y procesos organizativos comunitarios que permiten recrear rutas propias de atención, aun en ausencia de un territorio ancestral pleno, garantizando la continuidad del pensamiento y la medicina Misak en la ciudad.

Los planes de vida y de salvaguarda son instrumentos fundamentales que articulan la vida territorial y la transmisión de saberes. Como comenta Yalanda: “sí tenemos ese plan de vida, ese plan de salvaguarda desde el territorio, son documentos escritos para el pueblo Misak, para la nación Misak, no es solamente para el contexto de Bogotá, sino para toda la nación Misak” (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). Además, los mandatos comunitarios definen procesos de salud integral:

En el 2019 se construyó un mandato donde están todos los programas y todos los procesos que fortalecen... En salud hay un mandato... para hablar sobre cómo debe ser la salud propia en los 7 departamentos que está el pueblo Misak” (A. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025).

Este marco, se refuerza con el Mandato, que establece que “los médicos tradicionales, parteras y sabedores constituyen una estructura fundamental del sistema de salud Misak... y la creación de espacios específicos como la casa de las parteras (Treik Ya) para la transmisión intergeneracional del conocimiento” (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.76-78). En la ciudad de Bogotá, este mandato se expresa a través de procesos de resignificación y organización comunitaria, como el grupo de salud MAI (Medicina Ancestral Indígena), que permite sostener la estructura de la medicina propia y su transmisión en un entorno urbano no ancestral, en articulación con la institucionalidad.

La complementariedad con la medicina occidental permite ampliar la atención sin perder autonomía. Yalanda señala: “lo único que en este momento tenemos es la medicina ancestral indígena que está siendo operada en articulación con institución local y al mismo tiempo, se está buscando que la medicina occidental sea complemento de nuestra medicina propia” (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025). Esta articulación se ve reflejada en la MAI (Medicina Ancestral Indígena), un equipo conformado por médicos ancestrales, parteras y personal técnico en salud que ha logrado integrarse con la institucionalidad local (M. Flor, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025), lo que evidencia un proceso de adaptación y resignificación del sistema de salud propio en la ciudad de Bogotá, donde el pueblo Misak-Misak no solo busca el acceso a servicios, sino el reconocimiento y la continuidad de sus saberes ancestrales como parte fundamental de su bienestar colectivo, para la atención en salud del pueblo Misak-Misak en un contexto urbano.

Finalmente, la preservación de la identidad cultural y los saberes ancestrales constituye un logro y un desafío constante. Como afirma Yalanda:

los logros es mantener viva (...) mantener viva nuestra wam. Tener ese pensamiento Misak-Misak, eso es un logro, pero también es un desafío grande (...) aún conservamos el Namtrik, conservamos nuestro vestido que para mí me parece que es lo único que tenemos en la ciudad” (J. Yalanda, comunicación personal, 24 de diciembre de 2025).

Lo anterior se fortalece con el Mandato, que indica que “esta estructura integral se orienta a garantizar el equilibrio físico, mental, emocional y espiritual del pueblo Misak” (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.74-78) y que “el territorio y los sitios sagrados (...) constituyen una estructura esencial de la salud Misak (...) sin territorio no es posible la pervivencia de la salud propia” (Autoridad Ancestral Nu Nakchak, 2019, p.77-78).

4.6. Pueblo Inga

En materia de salud, el pueblo Inga no cuenta con delegaciones o consejos de salud propia, sin embargo, a través del sistema de justicia propia, los programas y acciones institucionales, el Cabildo ha logrado implementar procesos integrales donde convergen la atención de la salud de la medicina ancestral y la medicina occidental. Entre estos procesos se destaca el equipo Indígena de Medicina Ancestral Indígena (MAI), la Gestora de la EPS Capital Salud y el Programa de Canasta Alimentaria de la Secretaría Distrital de Integración Social. Asimismo, la composición de estos equipos incluye perfiles diversos, como profesionales del área de la salud occidental, sabedores ancestrales y actores sociales, los cuales contribuyen al fortalecimiento del cuidado integral y al bienestar de la comunidad. El Sistema Propio de Justicia del Pueblo Inga constituye un elemento fundamental para el equilibrio individual y colectivo. Como lo señalan las Autoridades Tradicionales de los Pueblos Indígenas de Bogotá et al., (2024)

De este modo, los sistemas propios de justicia, en primer lugar, ayudan a resolver los conflictos de manera pacífica, reduciendo el estrés y la tensión que pueden contribuir a la enfermedad o producir hechos que representen heridos, muertos y mayores desarmonías. En segundo lugar, dado que promueven la armonía y la convivencia, crean entornos saludables en los cuales es posible prosperar y gozar de bienestar. En tercer lugar, el ejercicio autónomo de la justicia propia promueve el respeto por la cultura y tradiciones, ayudando a mantener la salud mental y espiritual de los comuneros. (p. 52)

El equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) se ha constituido como un aporte relevante, ya que acompaña a familias focalizadas, ofreciendo atención complementaria entre ambas visiones de la salud. por medio de la atención en el Tambo Samai o en sus hogares, esta integración es protectora porque reafirma el conocimiento propio, promueve la confianza en los taitas y sabedores, y facilita rutas de atención que antes eran difíciles de focalizar para el pueblo Inga. aclarando, que espera que la cobertura de la comunidad Inga por parte del equipo MAI sea del 100%.

La figura del gestor de Capital Salud ha permitido mitigar algunas barreras de acceso al sistema de salud formal, ayudando con trámites, citas y autorizaciones, lo cual, reduce el estrés cotidiano y estabiliza emocionalmente a las familias, acciones que se convierten en preámbulo al cumplimiento del objetivo final que se tiene como pueblo Inga, el cual consiste en tener un sistema de salud propio que acoja las necesidades en salud además de rutas que acojan las medicina tradicional y occidental de manera congruente con la cosmovisión Inga frente a la salud.

El programa de canasta alimentaria es uno de los procesos que contribuye al bienestar. Para el pueblo Inga, la alimentación es parte esencial de la salud integral: no solo previene enfermedades físicas, sino que disminuye la angustia económica y fortalece la estabilidad emocional. Durante la pandemia y en tiempos de mayor precariedad laboral, este programa permitió que la salud mental y espiritual se preservara, evitando preocupaciones asociadas a la ausencia de alimentos básicos. Aunque no todas las familias reciben esta ayuda, su impacto ha sido positivo, especialmente considerando que el bienestar para los Inga depende también del equilibrio económico.

Así mismo la comunidad menciona la importancia de contar con una escuela de medicina tradicional que permita la transmisión de saberes intergeneracionales, si bien se hacen procesos que promueven y mantienen la atención de la salud desde la medicina ancestral, en la actualidad el número de conocedores y sabedores es limitado, lo que genera que en un futuro no se cuenten con poseedores de este conocimiento. Asimismo, se señala que las dinámicas propias de la ciudad han contribuido al distanciamiento de los jóvenes y adultos, a estos conocimientos propios, lo cual debilita la continuidad del sistema propio de conocimiento y cuidado en salud del pueblo Inga. Como lo menciona un comunero de la comunidad:

Quiero resaltar que sobre todo la falta de interés de la misma comunidad hace que no tengamos estos grupos, estas delegaciones, sobre todo de las nuevas generaciones nos falta también una constitución, de una escuela de medicina ancestral, donde tengamos un espacio y que nuestros sabedores también cuenten con una formación para enseñarnos, también que podamos tener nuestra propia chagra, donde contemos con todas nuestras medicinas y podamos hacer uso de ellas. También resaltamos que sería importante tener un proyecto interno para la medicina propia, como si fuera una escuela. y una comunicación constante sobre los programas que ya tenemos. (L.Chincha, Comunicación personal.2026)

4.7. Pueblo Nasa

Las estructuras propias de salud del Pueblo Nasa en Bogotá se configuran como una extensión organizativa y espiritual del territorio de origen, en donde la estructura de gobierno propio se consolida como eje articulador de la vida comunitaria, política y sanitaria. En el contexto urbano, estas estructuras no se reducen a instancias administrativas, sino que encarnan una forma de gobierno propio que orienta las decisiones colectivas en coherencia con la Ley de Origen, Derecho Mayor y Ley Natural. Tal como se ha señalado, “el cabildo ha sido importante

para la comunidad (...) se convierte en un espacio de encuentro que permite la relación entre sus tradiciones y conexión con su territorio” (Monsalve et al., 2011, p.22). Esta afirmación adquiere especial relevancia en la ciudad, donde la distancia física del territorio ancestral exige reforzar los vínculos simbólicos, espirituales y organizativos que sostienen la identidad y la salud colectiva.

La Casa del CRIC en Bogotá, ha sido resignificada como un espacio de resguardo y contención comunitaria. Aunque su ubicación se encuentra en un entorno urbano con múltiples factores deteriorantes, su valor no radica únicamente en su infraestructura, sino en el sentido de pertenencia que convoca. Como lo expresa J. Chocue, “la casa del CRIC aunque se encuentra en un lugar de factor deteriorante, la casa en sí funciona como un lugar protector, por el significado de pertenencia, memoria y espiritualidad” (comunicación personal, 12 de noviembre de 2025). Cuando no hay un territorio propio en la ciudad, estos espacios sirven para reunirse y compartir y tejer la palabra en comunidad. Allí se reúnen, escuchan la palabra de los mayores y realizan prácticas que ayudan a mantener el equilibrio de político- organizativo.

No obstante, las estructuras propias enfrentan limitaciones estructurales significativas. La falta de un espacio físico permanente para armonizaciones, la dificultad de acceso a plantas medicinales frescas y la ausencia eventual de determinados sabedores y/o sabedoras especializados inciden directamente en la capacidad de respuesta frente a procesos de desarmonía. Cuando los tratamientos propios no generan la mejoría esperada, la comunidad se ve abocada a decisiones complejas que evidencian tensiones interculturales: “Si luego de realizar el tratamiento con sus saberes propios no presentan mejoría (...) se ven enfrentados a dos posibilidades, viajar a su territorio de origen (...) o acceder a la medicina occidental” (Monsalve et al., 2011, p.24). Esta disyuntiva no es meramente clínica; implica valorar los costos económicos, emocionales y espirituales del desplazamiento, así como enfrentar barreras institucionales en el sistema de salud occidental.

En el desarrollo de la Minga de Pensamiento y el Círculo de la Palabra, se evidenció que las estructuras propias en salud se sostienen en una organización que integra autoridades, sabedores, parteras, guardia indígena, docentes y el equipo MAI. Esta articulación reproduce, en contexto urbano, la lógica comunitaria del territorio: la autoridad orienta, el sabedor armoniza, la partera acompaña los ciclos de vida y el equipo técnico sistematiza sin desligarse de la guía espiritual. La metodología misma, basada en el círculo, el tejido y la música propia, constituye una expresión práctica de la estructura de salud, en tanto legitima la palabra colectiva y reconoce que el conocimiento se construye en relación.

Un hallazgo reiterado fue la centralidad de las plantas medicinales como eje estructurante de la salud propia. Aun en condiciones de vivienda reducida, se siembra plantas medicinales en materas, terrazas y pequeños patios, lo que demuestra un proceso de adaptación cultural sin ruptura epistemológica. Como señala M. Pechene, “nosotros decimos que hay que sembrar plantas en contexto de ciudad, así sea en materitas, pero sembrarlas. Y enseñar cómo se

siembran, cómo se tratan, porque la planta también es viva y hay que cuidarla para que crezca bien” (comunicación personal, 24 de enero de 2026). Esta práctica no solo cumple una función terapéutica, sino también pedagógica y política: ayuda a cuidar la salud de manera autónoma y fortalece la transmisión del conocimiento entre generaciones.

La preocupación por la transmisión de saberes es transversal a las autoridades y mayores. “Se debe enseñar sobre las plantas medicinales... incentivando a los comuneros que es importante siempre el uso de las plantas medicinales” (M. Pechene, comunicación personal, 24 de enero de 2026). En la misma línea, R. Peña advierte: “Tenemos que formar a los niños que vienen, que haya un The Wala, que haya una niña partera” (comunicación personal, 24 de enero de 2026). Estas afirmaciones revelan que la estructura propia de salud no se limita a la atención de la enfermedad, sino que incluye la formación de relevo generacional como estrategia de pervivencia cultural. El equipo MAI, bajo la orientación de mayores y parteras, se constituye en un equipo articulador que facilita procesos de formación, acompañamiento espiritual y diálogo con instituciones distritales.

En cuanto a la relación con el sistema de salud occidental, el análisis muestra avances incipientes en clave intercultural, especialmente en procesos de parto humanizado y acompañamiento diferencial. Experiencias en el Hospital de Chapinero y el Hospital de Meissen han permitido el ingreso de la partera y del sabedor a la valoración médica, posibilitando una atención compartida que reconoce ambas racionalidades médicas. Según M. Ramírez, “ahora, con algunos referentes, se está logrando que a la valoración ingrese el sabedor, para que el paciente sea atendido por dos personas” (comunicación personal, 24 de enero de 2026). Aunque estas experiencias son valoradas positivamente, persiste la necesidad de consolidar un modelo intercultural estructural y no dependiente de voluntades individuales.

Finalmente, la tulpa (px kwet) se proyecta como referente simbólico y organizativo para futuros espacios de diálogo. Más que un elemento físico, representa el núcleo del tejido comunitario donde convergen familia, palabra y espiritualidad. La expectativa de realizar próximos conversatorios alrededor de una tulpa, como lo expresó D. Cueto Chambo (comunicación personal, 2026), evidencia que la estructura propia de salud se concibe inseparable del fuego, la memoria y la colectividad.

En esta medida, las estructuras propias de salud del Pueblo Nasa en Bogotá se sostienen en la organización del gobierno propio, la guía espiritual de sabedores y parteras, la apropiación de los espacios, la formación de nuevas generaciones y la búsqueda de articulaciones interculturales con el sistema occidental. A pesar de las limitaciones territoriales y materiales, la comunidad ha desplegado estrategias de adaptación que preservan la plenitud de su concepción de salud, entendida como equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.

4.8. Pueblo Tubü Hūmmūrimassa

Las estructuras propias en salud para el pueblo Tubü Hūmmūrimassa se configuran a partir de una comprensión integral de la vida, donde el bienestar no se reduce a la ausencia de

enfermedad, sino que se relaciona profundamente con el orden espiritual, familiar, comunitario y territorial. Desde esta perspectiva, la salud se sostiene en sistemas organizativos ancestrales que han sido transmitidos por generaciones mediante la oralidad, el ejercicio cotidiano del saber y la guía de los mayores. Estas estructuras no son improvisadas ni individuales, sino que hacen parte de un entramado colectivo que define roles, responsabilidades y formas de cuidado que garantizan la pervivencia del pueblo, incluso en contextos urbanos marcados por tensiones interculturales. Las estructuras propias en salud se materializan en espacios colectivos como la maloka y el mambadero, que funcionan como centros de pensamiento, sanación y toma de decisiones. De acuerdo con el Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hūmmūrimasa (2024).

La solución de conflictos y los procesos de sanación se realizan en estos espacios mediante el uso de la medicina ancestral, la palabra de los mayores y las prácticas rituales que generan equilibrio en el mundo. El mambadero no es únicamente un espacio físico, sino un escenario terapéutico y político donde se armonizan las relaciones comunitarias. Allí, los sabedores formados en la ciencia propia actúan como cuidadores de la comunidad, del territorio y del mundo, reafirmando que la salud está profundamente ligada a la memoria histórica, y, a la espiritualidad colectiva (Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hūmmūrimasa, 2024).

Uno de los pilares fundamentales de las estructuras propias en salud es la oralidad. El conocimiento no se registra en manuales ni en protocolos escritos, sino que se transmite a través de la palabra, la práctica y la experiencia cotidiana. Al respecto, la comunidad señala que el plan de vida de los pueblos indígenas no se escribe, sino que “vive en el estado de los abuelos” y se renueva diariamente en la práctica comunitaria. (Uribe, comunicación personal, 2025). La exigencia institucional de documentar estos planes de vida representa una tensión profunda, ya que desconoce la tradición oral y el carácter vivo del conocimiento ancestral. Para las comunidades, escribir el saber puede implicar una forma de imposición que altera la relación espiritual con la medicina y con los abuelos. Como señala González (2025):

Desde las medicinas propias se ordena la familia y la comunidad, permitiendo que cada individuo encuentre su función y sentido de vida. Cuando esta “silla” se refunde —es decir, cuando la persona pierde su lugar y su orientación— se produce un desorden que afecta directamente la salud mental, ya que el sujeto deja de reconocerse a sí mismo y de comprender su propósito en la comunidad (comunicación personal, 2025).

En este marco, las estructuras propias en salud están íntimamente ligadas a la medicina ancestral, la cual antecede históricamente a la medicina occidental y ha sido el principal mecanismo de sanación y armonización comunitaria durante miles de años. “Esta medicina se sustenta en el conocimiento de los abuelos y abuelas, quienes, a través de plantas sagradas, oraciones, cantos y rituales, han garantizado el cuidado del cuerpo, la mente y el espíritu” (González, 2025). La medicina ancestral desde la cosmogonía Tubü Hūmmūrimasa, es descrita como un conocimiento milenario transmitido de generación en generación a través de los abuelos

y abuelas. “Mucho antes surgió la medicina (...) así se curaban los abuelos, así armonizaban las comunidades, las tribus o resguardos” (González, 2025).

Este sistema de sanación no se limita a la intervención sobre el cuerpo físico, sino que integra prácticas espirituales, emocionales, alimentarias y comunitarias. “Dentro de este sistema, elementos como el tabaco, el mambe, el ámbil y otras plantas sagradas no son concebidos como sustancias, sino como mayores, espíritus y portadores de conocimiento. Su uso implica una relación de respeto, aprendizaje y diálogo”. Uribe (2025) explica que:

(...) al consumir estas medicinas se debe preguntar qué enseñan, qué se debe sanar y qué se debe dejar, reconociendo que cada elemento tiene una esencia propia que interactúa con el estado emocional y espiritual de la persona. El proceso de sanación no responde a lógicas de inmediatez ni a esquemas homogéneos aplicables a todas las personas por igual, ya que cada ser humano transita experiencias vitales, cargas emocionales, espirituales y corporales distintas que inciden directamente en su estado de salud. En este sentido, la sanación requiere tiempos propios, ritmos particulares y formas de acompañamiento que solo pueden ser comprendidas y definidas por los sabedores, quienes leen el estado integral del ser y su relación con la comunidad y el territorio.

Dentro de estas estructuras, los sabedores, abuelos y abuelas cumplen un rol central como autoridades espirituales y de salud. Ellos no solo orientan los procesos de sanación, sino que regulan el aprendizaje de la medicina, determinando quién puede aprender, cuándo y bajo qué condiciones. Como expresa Sierra (2025),

La medicina no es un conocimiento que se toma o se escribe libremente, sino que implica responsabilidad, respeto por la vida y coherencia espiritual. El aprendizaje se da desde la experiencia, la observación y la disciplina ética, no desde la estandarización ni los protocolos rígidos propios de la medicina occidental.

Asimismo, las estructuras propias incluyen rutas de atención espiritual, donde:

Prácticas como la limpia, el uso del tabaco, el mambe, el ámbil y los cantos cumplen funciones terapéuticas específicas. Estas prácticas buscan restaurar el equilibrio espiritual cuando se reconoce la presencia de tristeza, rabia o la entrada de otros espíritus que alteran el comportamiento y la salud de la persona (Uribe, 2025).

En este sentido, el consumo de ciertas plantas no es visto como una adicción o un riesgo, sino como una herramienta de sanación que requiere preparación, dieta y un estado emocional adecuado. La alimentación propia constituye otro eje estructural de la salud. “Los alimentos tradicionales, como el cazabe, la farinã o la quiñapira, son considerados protectores del cuerpo y del espíritu, en contraste con los alimentos industrializados de la dieta occidental, que afectan la salud y dificultan los procesos de sanación” (Uribe, 2025).

Estas estructuras propias en salud se sostienen sobre una ética del respeto, la palabra y la vida, donde la enfermedad no es castigada ni patologizada, sino comprendida como una señal de desequilibrio que debe ser escuchada. “Como lo expresan los mayores, la tristeza, la rabia y

el sufrimiento no resueltos afectan profundamente el corazón y el espíritu, y sólo pueden ser sanados mediante la palabra, el canto, el perdón y la armonización comunitaria” (Sierra, 2025). De esta manera, las estructuras propias en salud no solo responden a las necesidades físicas, sino que preservan la identidad, la memoria y la continuidad cultural de los pueblos en escenarios de constante transformación.

No obstante, el Pueblo Tubü Hūmmūrimasa ha generado estrategias de resistencia para mantener sus estructuras propias. “El fortalecimiento de los roles comunitarios, la continuidad de la enseñanza de la medicina en la familia y la creación de espacios colectivos para compartir el conocimiento son acciones fundamentales para garantizar la pervivencia cultural en contextos urbanos” (Garzón, 2025). Frente a ello, los pueblos han fortalecido espacios de autonomía y autodeterminación, como los planes de vida, que orientan las rutas propias de cuidado y resistencia cultural. “Estos planes, tradicionalmente transmitidos de manera oral, condensan la memoria colectiva, los mandatos ancestrales y las estrategias para la pervivencia del pueblo en contextos cambiantes, como la ciudad” (Uribe, 2025).

4.9. Pueblo Uitoto

Las estructuras propias en salud del pueblo Uitoto en Bogotá se fundamentan en su sistema de conocimiento tradicional, transmitido por los abuelos, abuelas y sabedores, quienes orientan los procesos de sanación, prevención, cuidado de la vida y armonización espiritual a través de la palabra, los rituales, las dietas y el uso de plantas medicinales (L, Narváez & A, Tiquidimas, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025). Este sistema constituye la principal estructura de atención en salud propia, priorizada por la comunidad incluso antes de acudir al sistema occidental.

Entre las estructuras vivas se identifican los mambeaderos, círculos de la palabra y espacios comunitarios, que funcionan como escuelas de conocimiento, escenarios de consejo, toma de decisiones y atención espiritual y colectiva (C, Yucuna, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025). Aunque estos espacios se han reconfigurado en el ámbito doméstico y comunitario por la ausencia de una maloca formal, continúan cumpliendo un rol central en la gestión de la salud y la enfermedad.

A nivel organizativo, el cabildo indígena y la participación activa de los abuelos sabedores constituyen una estructura clave de gobierno propio, desde donde se orientan temas de salud, educación, justicia, cultura y organización comunitaria (Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Integración Social, 2014). En este marco, se reconoce el avance en la reactivación del Plan de Salvaguarda, capítulo Bogotá Pueblo Uitoto que incorpora el componente de salud y busca su institucionalización y protocolización con el Distrito como una herramienta estratégica para la protección integral del pueblo Uitoto en Bogotá (H, Narváez, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025).

En el ámbito intercultural, el equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) se configura como una estructura articuladora entre la medicina ancestral y el sistema de salud occidental,

integrando abuelos, gestores, técnicos y profesionales para la atención de problemáticas físicas, espirituales y psicosociales. La ruta de atención se activa cuando se identifica una “desarmonía” o desequilibrio, entendido no como una enfermedad aislada, sino como un desequilibrio integral del cuerpo, la mente y el espíritu (K, Asprilla, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025).

Desde la medicina propia, se abordan principalmente afecciones consideradas dentro de este desequilibrio espiritual y emocional, como el estrés –reinterpretado como enfermedad espiritual–, problemas de “pérdida de usos y costumbres”, conflictos identitarios en jóvenes, y procesos de limpieza y protección mediante plantas como el matarratón, la malva, baños de albahaca, sahumerios y conjuros con tabaco y ají (L, Narváez & G, González, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025). También se atienden afecciones respiratorias, gripas, fiebres y dolencias estomacales con plantas medicinales y bebedizos, priorizando la medicina natural sobre los fármacos para evitar resistencias y recaídas (C, Ruiz & K, Asprilla, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025).

Por otro lado, el sistema de salud occidental es involucrado principalmente en casos que requieren intervención clínica especializada o de urgencia, tales como enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), condiciones de salud materno-perinatal, menores de cinco años, adolescentes, y situaciones de salud mental que requieran apoyo psicológico o psiquiátrico (K, Asprilla, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025). La articulación se concreta a través de referentes indígenas que gestionan citas, acompañan a familias a servicios de salud y facilitan la comunicación con EPS e instituciones como el ICBF, aunque se reportan limitaciones por la falta de pertinencia cultural, discriminación en la atención y barreras logísticas como la falta de pasajes (K, Asprilla & D, Herrera, comunicación personal, 11 de diciembre de 2025).

De manera complementaria, las estructuras organizativas propias como las autoridades tradicionales, los médicos, abuelos sabedores y los espacios comunitarios de participación permiten articular rutas de atención propias y dialogar con el sistema de salud occidental. No obstante, la ausencia de infraestructuras adecuadas en la ciudad y la limitada implementación del enfoque intercultural dificultan el pleno ejercicio de estas estructuras en el contexto urbano (Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E., 2024).

Como conclusión, se evidencia la manera en la que el pueblo Uitoto ha generado espacios de autonomía y autodeterminación con sus dinámicas organizativas propias. El cabildo indígena ha establecido consejos de salud propios en donde se definen las necesidades en salud desde su forma de pensamiento priorizando la tradición, prácticas rituales, de autocuidado y de protección colectiva. Además, gracias a la articulación del equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) con la Secretaría Distrital de Salud, se han logrado diseñar rutas de atención propias como lo mencionado anteriormente, lo cual ha permitido que los sabedores y parteras de la comunidad acompañen dichos procesos en salud. Por último, el pueblo Uitoto ha sido partícipe de la construcción de los Planes de Vida y Salvaguarda en donde se especifica y amplían las acciones llevadas a cabo, las cuales están enmarcadas en el derecho a decidir cómo, cuándo y

con quién atender sus necesidades con la integración de los saberes propios y los occidentales representando formas de ejercer su autonomía territorial, intercultural y gobernanza.

4.10. Pueblo Wounaan Nonam

El análisis de la información primaria recogida en el Wawie realizado en la Casa Dichardi, junto con la matriz de sistematización y los aportes comunitarios, permite afirmar que las estructuras propias en salud del pueblo Wounaan Nonam en Bogotá se encuentran vigentes y operando desde su lógica ancestral, aunque enfrentan limitaciones materiales e institucionales para su ejercicio pleno en el contexto urbano. No se trata de un sistema fragmentado ni improvisado, sino de una organización coherente que articula autoridades espirituales, sabedores tradicionales, prácticas rituales, normas propias y formas colectivas de toma de decisiones en torno al cuidado de la vida.

La estructura central del sistema propio de salud se sostiene en la autoridad espiritual del Benkhuun, médico ancestral encargado de orientar procesos de armonización, diagnóstico espiritual y restablecimiento del equilibrio. Su función no es únicamente terapéutica, sino orientadora del orden comunitario cuando se presentan desequilibrios que afectan a la persona o al colectivo. Junto a él, el Dauchoon, partera tradicional, cumple un papel fundamental en el acompañamiento integral de la mujer gestante, el nacimiento y el cuidado inicial de la vida. Su labor trasciende el acto técnico del parto y se inscribe en una dimensión espiritual que protege el vínculo entre madre, recién nacido y comunidad. De manera complementaria, los sobanderos y yerbateros atienden dolencias corporales y tratamientos a partir del conocimiento de plantas medicinales y técnicas manuales, consolidando un sistema de atención diversificado pero articulado.

Estas figuras no operan de forma aislada, sino en complementariedad, configurando una red estructural que responde a distintas dimensiones del proceso salud-enfermedad. La vigencia de esta red demuestra que el sistema propio no depende exclusivamente del territorio físico ancestral, sino de la permanencia del saber y del reconocimiento colectivo de sus autoridades. Sin embargo, su ejercicio en la ciudad se ve condicionado por la falta de espacios físicos adecuados y por la ausencia de una instancia formalizada de coordinación en salud dentro del cabildo.

El Wawie como espacio metodológico y espiritual constituye en sí mismo una estructura propia de salud. Antes de iniciar el diálogo se realiza armonización con khugwiu y plantas medicinales, lo cual evidencia que cualquier proceso comunitario debe iniciar desde el equilibrio energético. Esta práctica demuestra que la palabra, la decisión colectiva y el análisis también forman parte del sistema de cuidado. Como expresó la autoridad Sercelinito Piraza (2025): “sobre las danzas y la rogativa a Ewandam, en este espacio también pedimos a Ewandam; para mí es importante conservar y proteger la cultura”. La rogativa y la danza no son únicamente actos culturales, sino mecanismos estructurales de sanación colectiva que restauran el equilibrio espiritual del pueblo.

Otra dimensión estructural identificada es la transmisión intergeneracional del conocimiento. El sistema propio depende de la formación de jóvenes en el uso de plantas, rituales y principios de equilibrio. No obstante, esta estructura pedagógica se encuentra tensionada por la ausencia de huertas comunitarias. La sabedora Celma Dura (2025) señala: “nosotros ya no transmitimos los saberes a los jóvenes; en primer lugar, no tenemos huerta”.

Esta afirmación permite comprender que la huerta no es solo un espacio productivo, sino un componente estructural del sistema de salud, ya que posibilita el aprendizaje práctico, el acceso a insumos medicinales y la conexión espiritual con la naturaleza.

En el plano organizativo, las asambleas y encuentros comunitarios también operan como estructuras propias en salud, en la medida en que permiten resolver conflictos, tomar decisiones colectivas y mantener la cohesión social, elementos fundamentales para el equilibrio comunitario. Ramiro Piraza (2025) resalta que estos espacios fortalecen la organización y contribuyen al bienestar colectivo. La salud, desde esta perspectiva, no se limita a la atención de enfermedades, sino que se gestiona mediante mecanismos organizativos que previenen rupturas internas.

No obstante, el sistema enfrenta debilidades estructurales derivadas de la falta de infraestructura específica para la atención ancestral. Actualmente, muchas prácticas deben desarrollarse en espacios domésticos, lo que restringe su dimensión ritual y comunitaria. La inexistencia de una casa de medicina ancestral o de un consejo formal de salud dentro del cabildo limita la visibilidad institucional del sistema y dificulta su articulación con el modelo occidental de atención.

Desde la cosmovisión Wounaan Nonam, la estructura propia de salud se ordena alrededor del principio del monaka, entendido como equilibrio integral entre persona, naturaleza y mundo espiritual. Este principio no es abstracto, sino operativo: orienta el diagnóstico, las prácticas de armonización, la autoridad del Benkhuun y las decisiones colectivas. La estructura sanitaria Wounaan Nonam es, por tanto, espiritual, organizativa y territorial al mismo tiempo.

En síntesis, las estructuras propias en salud del pueblo Wounaan Nonam en Bogotá se configuran a partir de: una red de autoridades tradicionales claramente diferenciadas y complementarias; el Wawie y los rituales de armonización como dispositivos de cuidado colectivo; la transmisión intergeneracional del saber; las asambleas como mecanismo preventivo de equilibrio social; y la huerta como base material y pedagógica del sistema medicinal. Su principal desafío no radica en la pérdida de cosmovisión, sino en la precariedad de condiciones materiales e institucionales que garanticen su ejercicio pleno. El fortalecimiento estructural requiere la consolidación de un espacio físico para la medicina ancestral, la formalización de una instancia organizativa en salud dentro del cabildo y el apoyo para la creación de huertas comunitarias que reactiven integralmente el sistema propio en el contexto urbano.

4.11. Pueblo Yanacona

Las estructuras propias en salud del pueblo indígena Yanacona constituyen el entramado organizativo, espiritual, comunitario y territorial mediante el cual se gestionan los procesos de salud y enfermedad desde una lógica autónoma y colectiva, estas no se limitan a formas institucionales rígidas, sino que se configuran a partir de la historia organizativa del pueblo, sus procesos de resistencia, sus prácticas culturales y su capacidad de adaptación a contextos cambiantes, como el escenario urbano de la ciudad de Bogotá.

Desde la mirada del pueblo Yanacona, las estructuras propias en salud son una expresión concreta de la autonomía y la autodeterminación de los pueblos indígenas, por eso estas surgen de la necesidad de cuidar la vida desde lo propio, respondiendo a contextos históricos de exclusión, despojo y negación de los saberes ancestrales, por ende, la salud no se gestiona de manera aislada, sino articulada a la organización política, cultural y espiritual del pueblo.

En la ciudad de Bogotá, estas estructuras no desaparecen, sino que se transforman y se recrean, las dinámicas comunitarias permiten que el pueblo Yanacona continúe organizándose para proteger el equilibrio del cuerpo, el pensamiento, el espíritu y el territorio, aun cuando este último no sea el territorio ancestral. Esta capacidad de adaptación confirma que las estructuras propias son dinámicas, vivas y en permanente construcción, tal como lo señalan estudios que destacan cómo los sistemas de salud indígenas se moldean según las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas que enfrentan las comunidades (Lopera Medina et al., 2023).

Otro de los hallazgos más relevantes del proceso fue el reconocimiento de las casas como estructuras propias fundamentales para la salud en contexto urbano, estas viviendas de las familias Yanaconas funcionan como centros de reunión, espacios de cuidado, transmisión de saberes y fortalecimiento del tejido comunitario, pues en estos lugares se practican actividades culturales, se comparte alimento propio, se conversa, se aconseja y se armoniza el pensamiento colectivo.

Desde la experiencia comunitaria, se señaló que “el centro de reunión es mi casa, ahí van muchos paisanos, ahí fortalecemos nuestros lazos familiares y de hermandad; en nuestra casa ensayamos chirimía y realizamos otras actividades” (Y. Chicangana, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025). Estas prácticas evidencian que la salud no se construye únicamente en espacios formales, sino en la cotidianidad de la vida comunitaria.

También se resaltó que las casas ubicadas en sectores donde habitan varios “paisanos” se convierten en nodos comunitarios que permiten la realización de conversatorios, encuentros culturales, ensayos de danza y el compartir de alimentos propios, fortaleciendo la identidad y el bienestar colectivo (J. Jiménez, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025). En este sentido, la casa se constituye como una extensión del territorio espiritual y como una estructura viva de salud.

Además de las casas, el pueblo Yanacona en Bogotá cuenta con espacios organizativos comunitarios que cumplen un papel central en la articulación de las acciones de salud propia, entre estos se destacan la Casa Indígena, el Espacio Autónomo Indígena institucionalizado

mediante el Decreto 612 y las mesas locales de participación. Estos espacios permiten la planificación, coordinación y defensa de los derechos colectivos, incluyendo el derecho a una atención en salud con enfoque diferencial, desde la palabra comunitaria se reconoció que estos escenarios organizativos facilitan la articulación de procesos de salud, el fortalecimiento de la medicina propia y la interlocución con entidades externas (P. Majin, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025).

Las mesas locales, en particular, han sido valoradas como estructuras que contribuyen a mantener la unidad comunitaria, permitiendo visibilizar las prácticas culturales, los procesos de alimentación propia y las expresiones artísticas como la danza y la música, las cuales cumplen una función protectora del pensamiento y el espíritu (J. Jiménez, comunicación personal, 10 de diciembre de 2025).

Igualmente, dentro de las estructuras propias en salud, los sabedores, mayoras, parteras, sobanderos y el equipo de medicina ancestral (MAI) ocupan un lugar central. Son ellos quienes orientan los procesos de prevención, armonización y sanación desde el conocimiento tradicional, actuando como guías espirituales y cuidadores del equilibrio comunitario.

Durante el círculo de la palabra se afirmó que las estructuras propias de salud del pueblo Yanacona están conformadas por estos actores, quienes no solo atienden la enfermedad, sino que trabajan de manera preventiva, orientando el pensamiento, fortaleciendo el espíritu y acompañando los procesos familiares y comunitarios (Y. Chicangana, 10 de diciembre de 2025).

Las fuentes secundarias respaldan esta comprensión al señalar que las plantas medicinales y los saberes asociados a su uso son fundamentales para la pervivencia de los pueblos indígenas, pues permiten prevenir, curar y controlar las desarmonías del cuerpo físico, mental, emocional y espiritual (Cabildo Mayor Pueblo Yanacona & CETY, 2016).

Además, las estructuras propias en salud también se sostienen en prácticas espirituales y rituales que se articulan al calendario natural y lunar, estas orientan los momentos de limpieza, protección, enseñanza y cuidado del territorio, del cuerpo y de la comunidad. Por ejemplo, durante la luna menguante se enfatizan ceremonias dirigidas a la protección de las personas, los hogares y la espiritualidad, así como al cuidado de las siembras y las semillas (Cabildo Mayor Yanacona & Programa de Salud Nación Yanakuna, 2022). Estas prácticas rituales, aunque adaptadas al contexto urbano, continúan siendo un eje fundamental de la salud propia, ya que permiten restaurar la armonía y fortalecer el vínculo con la Madre Tierra, incluso en escenarios donde el territorio ancestral no está presente de manera física.

Finalmente, las rutas de atención propias del pueblo Yanacona se configuran como procesos comunitarios de cuidado que articulan la medicina ancestral, la orientación espiritual y el acompañamiento familiar con el sistema de salud occidental, desde una lógica de complementariedad y no de sustitución. Estas rutas parten de la comprensión de la salud como un proceso integral que involucra el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y la vida comunitaria, y se adaptan a las condiciones sociales y territoriales en las que habita el pueblo Yanacona.

En el contexto urbano de Bogotá, estas rutas se materializan principalmente a través del Modelo de Atención Integral Intercultural a través el Equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI), el cual permite articular los saberes propios con el sistema institucional de salud, reconociendo la legitimidad de la medicina ancestral y la necesidad de una atención con enfoque diferencial. A diferencia del territorio ancestral, donde el modelo de cuidado se organiza a partir de zonas de cuidado y dinamizadores territoriales, en la ciudad las rutas se estructuran mediante redes comunitarias, espacios organizativos y equipos interculturales, respondiendo a dinámicas de dispersión urbana y movilidad constante.

Este proceso de articulación se inscribe en un marco más amplio del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), el cual reconoce que los sistemas de salud indígenas son dinámicos y se transforman de acuerdo con los contextos sociales, culturales, políticos y económicos que enfrentan las comunidades, sin perder su fundamento en el conocimiento ancestral (Lopera Medina, Henao Restrepo, & Anaconda Palechor, 2023). En este sentido, el MAI en Bogotá constituye una expresión urbana de dicha adaptabilidad, permitiendo el acceso a servicios de salud sin debilitar la autonomía ni los saberes propios.

Asimismo, las rutas de atención propias se fortalecen a través del Modelo de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural Yanacona, el cual promueve procesos de orientación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud, así como la formación y capacitación de agentes comunitarios, autoridades y familias, con el fin de garantizar el buen vivir sin amenazar la sabiduría ancestral (Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona & Programa de Salud del Pueblo Yanacona, 2024). Esta articulación intercultural permite que la medicina occidental apoye los procesos de atención cuando la complejidad de la enfermedad lo exige, manteniendo la centralidad del cuidado desde lo propio.

Por lo anterior, las estructuras propias en salud del pueblo Yanacona en Bogotá se configuran como un entramado dinámico que integra casas, espacios organizativos, sabedores, prácticas rituales, rutas de atención y procesos de articulación intercultural. Estas estructuras permiten sostener el cuidado de la vida desde lo propio, adaptándose al contexto urbano sin perder su fundamento espiritual, comunitario y territorial.

Más que instituciones formales, las estructuras propias son prácticas vivas que se expresan en la cotidianidad, en la palabra compartida, en el alimento, en la música, en la danza y en la medicina ancestral. Su fortalecimiento resulta clave para garantizar el buen vivir, la pervivencia cultural y el ejercicio efectivo del derecho a la salud del pueblo Yanacona en la ciudad.

4.12. Pueblo Eperãrã Siapidaara

Para el pueblo Eperãrã SIAPIDAARA, la salud se define como un estado de equilibrio integral entre el cuerpo, el pensamiento y el espíritu, sustentado en una conexión indisoluble con el territorio. Esta cosmovisión se da a través de una estructura organizativa que parte del núcleo familiar y se extiende a lo colectivo bajo la orientación del cabildo y una red de sabedores

especializados que incluyen la Tachi Nawe, pildeceros, jaipanas, parteras, sobanderos y yerbateros (Ismare, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025).

En tal sentido, *la Tachi Nawe*, es la figura central de la cosmovisión Eperãrã y de su estructura social, opera simultáneamente como deidad celeste y como modelo de liderazgo terrenal. En el plano espiritual, es la Madre Luna, una fuerza femenina creadora que habita en el mundo de arriba y simboliza la energía que ordena el territorio y la vida, mediando entre los diferentes mundos y guiando a la comunidad bajo los principios de armonía y respeto. Esta autoridad espiritual se encarna en la tierra a través de las Tachi nawe, un selecto grupo de mujeres sabias que ostentan el título de "Nuestra Madre" y actúan como "Gobierno del Amor", encargándose de transmitir la memoria ancestral y asegurar el equilibrio espiritual y social del pueblo a través del consejo y la oralidad.

El *pildecero*, es quien entra en contacto con los espíritus, los mira, los ve por medio de la toma de pilde (planta sagrada). Este proceso permite al pildecero darse cuenta de si la persona tiene o no remedio (vivirá o morirá) e indica si el jaipana le puede dar tratamiento o se debe remitir a la medicina occidental. Así mismo, esta persona sabe si la causa de la enfermedad es un daño o un maleficio. El *jaipana* debe ser una persona honrada, responsable y respetada por la comunidad Eperara, considerado como la cabeza dentro de la medicina tradicional Eperãrã. Posee conocimiento, sabiduría y espiritualidad, conserva una relación armónica con la naturaleza. Trabaja con *jai piara* (espíritus buenos o curativos) para resolver los problemas de salud de los pacientes.

La partería es una especialidad practicada tanto por hombres como por mujeres, cuya función es afrontar los problemas relacionados con el embarazo y parto de la mujer Epera. Se aprende con otra partera, «enseñando a tocar barriga». Los sobanderos, son las personas encargadas de «Sobar» en caso de golpes, fracturas o venas retorcidas. Emplea plantas como la suelda con suelda, malva, cucuba; también emplea la manteca de león y de petacona (víbora). Cuando alguien quiere aprender, sea hombre o mujer, él le enseña. Practican pegando o acomodando una "tusa" de maíz previamente partida en varias partes. Entablillan, usando canastillas de guadua o chanta.

Los yerbateros son las personas que en la comunidad se encargan de curar las picaduras o mordeduras de culebras. Su conocimiento es adquirido por su permanente contacto con la naturaleza, donde se aprende a hablar con «Chimía», o sea, el espíritu de las plantas (jaure). Algunos yerbateros también curan maltrago (veneno echo de planta para hacer daño o generar maldad "maleficio", genera muerte si no se trata), sacada de rastro (captación de energía o esencia por parte de terceros para causarle daño a una persona que le tiene envidia "maleficio", el cual se libera a través del ritual de "sacada de rastro"), mal de ojo, espanto, picadura de insecto, inflamaciones y dolencias. Las dos primeras afecciones tienen que ver con problemas entre personas que se hacen «maleficios». El yerbatero no debe tener relaciones sexuales cuando está curando o buscando las plantas, porque en tal caso no las encuentra. Los yerbateros más

avanzados preparan una botella con yerbas que sirven para la suerte, para conseguir pareja, para ir de cacería o de pesca. (Asociación de Cabildos Indígenas Eperãrã Siapidãarã de Nariño [ACIESNA] & Grupo de Estudios en Educación Indígena y Multicultural [GEIM], 2002)

Estas figuras no solo actúan como prestadores de medicina ancestral mediante sanaciones, rituales de armonización y el uso de plantas, sino que representan el mandato organizativo que sostiene el orden social; su presencia es vital, ya que su ausencia genera un malestar profundo al romperse el vínculo con los saberes que permiten el equilibrio emocional y físico (Tovar, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025). En este sentido, la estructura de autonomía se fortalece mediante la justicia propia y el control social ejercido por el gobernador y la guardia indígena, quienes emplean castigos pedagógicos y mingas de pensamiento para corregir conductas que afectan la armonía comunitaria (Tovar, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025)

En el contexto urbano de Bogotá, la articulación de estas estructuras se materializa mediante estrategias interculturales como el equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). Estas instancias buscan establecer un diálogo con la medicina occidental, actuando como un respaldo fundamental ante enfermedades de origen espiritual que no tienen cura en el sistema hospitalario convencional (Ismare, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025). No obstante, la gestión de la salud propia enfrenta barreras territoriales críticas en la ciudad, tales como la dificultad para acceder a espacios de siembra de plantas medicinales en instituciones educativas y la inseguridad en sitios sagrados ubicados en parques públicos (Tovar, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025). Estas limitaciones obligan a la comunidad a realizar actividades de armonización de manera restringida y a coordinar el envío de medicinas desde sus territorios de origen, lo que fragmenta la ruta de atención propia y debilita la soberanía medicinal (Moya, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025).

Ante estos desafíos, el mantenimiento de la salud propia en el entorno urbano exige un fortalecimiento de los factores protectores y una mayor concienciación institucional. Espacios de resistencia como el "grupo de MAI", quienes realizan medicina ancestral indígena, han logrado consolidarse como espacios de sanación espiritual y danza, permitiendo a la comunidad responder a sus necesidades culturales frente a la tendencia de las nuevas generaciones de priorizar la salud occidental. Los líderes Eperara enfatizan que la pervivencia del pensamiento Eperãrã en Bogotá depende de garantías políticas y económicas que aseguren la supervivencia de los sabedores y parteras, permitiendo que su conocimiento sea reconocido como un componente esencial del derecho a la salud. Solo a través de una articulación real con el sistema distrital y la formación constante de los jóvenes se podrá evitar que el desconocimiento institucional deteriore las patologías culturales y se pierda la autonomía en el cuidado de la vida (Dura, Ismare, comunicación personal, 14 de diciembre de 2025).

4.13. Pueblo Kamëntšá

Milenariamente los Kamëntšá han comprendido que la armonía es la esencia de la salud espiritual y física, que mantiene una estrecha relación de cuidado y protección de Tsëbatsanamamá (Nuestra Madre Tierra), bajo una conexión de principios y valores de vida que logran dimensionar hacia la trascendencia, permanencia y continuidad de la pervivencia Kamëntšá en el espacio y tiempo. (Plan integral de vida Kamëntšá).

Ahora bien, las estructuras propias de salud indígena se configuran inicialmente por factores protectores fundamentales, en la medida en que el fortalecimiento y reconocimiento de identidad y saberes ancestrales sean incluidos y respetados por las instituciones y el sistema de salud occidental, permitiendo la autonomía en la toma de decisiones sobre un bienestar para el buen vivir individual y colectivo, es importante señalar que las estructuras también se ven afectadas por los factores deteriorantes asociación al contexto de la ciudad “Bogotá” como los procesos de colonización, la exclusión de la participación indígena en espacios políticos, culturales y sociales, y principalmente la falta del reconocimiento por parte del sistema de salud occidental entonces es importante “La permanencia y continuidad de la pervivencia Kamëntšá que se basa en mantener nuestras costumbres ancestrales en la medicina propia como las plantas que nos ayudan a mejorar nuestras vidas” (D Juagibioy. Participación 14 diciembre 2025).

No obstante el enfoque de la salud intercultural, estas formas organizativas representan espacios de diálogo y articulación entre saberes ancestrales y modelos biomédicos, aunque dicho diálogo no siempre se desarrolla en condiciones de equidad por eso en el diálogo plantean que, “Sería importante que nosotros los sabedores podamos enseñar y transmitir nuestros conocimientos ancestrales sobre las plantas medicinales a los más jóvenes quienes tendrán las responsabilidades de mantener el equilibrio de las desarmonías físicas y espirituales” (C Juagibioy. Participación 14 diciembre 2025). La interculturalidad en salud implica el reconocimiento de los sistemas médicos propios, la legitimidad de las autoridades tradicionales y la participación activa de las comunidades en el diseño, implementación y evaluación de las acciones en salud (OPS, 2017; Walsh, 2009).

Así mismo, las principales estructuras propias se identifican como instancias de gobernabilidad y justicia propia, diferentes organizaciones indígenas como a Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) como la más representativa a nivel nacional, junto a la Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana (OPIAC), la Confederación Indígena Tayrona (CIT), las Autoridades Indígenas de Colombia (AICO) y la Mesa Permanente de Concertación (MPC) (Comisión de la verdad), además de las autoridades tradicionales, cabildos, gobiernos propios, coordinaciones, delegaciones y consejos de salud, los cuales cumplen funciones de orientación, control social y toma de decisiones frente a las necesidades de salud propia en la comunidad, “Considero que para afianzar todos nuestros procesos Colectivos Kamëntšá, deberíamos iniciar por nuestro propio plan de vida aquí en Bogotá, que nos permita incidir en nuestros propios procesos de salud ancestral y que seamos más visible

antes las instituciones, especialmente en el sistema de salud occidental” (E Chindoy. Participación 14 diciembre 2025)

Por tal motivo dentro del *Plan de Vida Integral Kamëntšá* (s. f.), se dispone a nivel general para los ocho cabildos indígenas Kamëntšá a nivel nacional, las siguientes Estrategias y acciones:

- *Estrategia 1. Estructura y proceso organizativo:*

Acción 1. Creación, conformación y nombramiento del Consejo de Salud y Medicina Tradicional.

Acción 2. Crear e implementar la ruta para el manejo autónomo del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI Kamëntšá según el Decreto Autonómico 1953 de 2014 y otros marcos jurídicos legales y normativos.

- *Estrategia 2. Armonización y salvaguarda de la Salud y Medicina.*

Acción 1. Formulación e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI Kamëntšá.

Acción 2. Crear e implementar un Programa de compra de tierras para instalar la Chagra Tradicional o Jardines Botánicos.

Acción 3. Visibilizar los procesos de salud y medicina tradicional en todos los escenarios institucionales.

Acción 4. Emitir Mandatos y Movilizarse para la protección y defensa de la salud y medicina tradicional.

Acción 5. Exigir el derecho fundamental a la consulta previa y todos los mecanismos jurídicos en la defensa de la salud y medicina tradicional.

- *Estrategia 5. Formación en salud y medicina tradicional*

Acción 1. Crear e implementar escuelas de formación en conocimiento y saberes en salud y medicina tradicional.

De igual manera se necesita determinar alternativas de trasmisión de los saberes, mediante la creación de una Escuela de Formación en Medicina Ancestral, en el proceso de aprendizaje y desarrollo de los conocimientos en la salud propia e intercultural, con el fin de fortalecer la organización del Consejo de Salud y valorando los saberes armónicos, espirituales, naturales y colectivos Kamëntšá. (Plan de Vida Integral Kamëntšá).

4.14. Pueblo Kichwa

Las estructuras propias en salud del pueblo Kichwa en Bogotá no se reducen a un conjunto de prácticas aisladas de medicina ancestral, sino que configuran un sistema integral de cuidado que articula espiritualidad, organización comunitaria, transmisión intergeneracional de saberes y estrategias de adaptación al contexto urbano. Este sistema se fundamenta en la filosofía del Sumak Kawsay, entendida como vida en plenitud, donde el equilibrio entre cuerpo, energía, espíritu, comunidad y naturaleza constituye la base del bienestar. Desde esta perspectiva, la salud

no se fragmenta en dimensiones separadas, sino que se comprende como una relación armónica entre todas las esferas de la vida del Runa Kichwa.

Uno de los pilares estructurales de este sistema es la Tullpa, que trasciende su carácter metodológico para convertirse en un núcleo organizador del equilibrio comunitario. La Tullpa es el espacio donde se transmite la palabra, se armoniza a través del fuego, se fortalece el Runa Shimi y se practica el ranti-ranti o ayni como principios de reciprocidad. En el contexto urbano, la Tullpa opera como un proceso de reterritorialización simbólica, transformando espacios ciudadanos en territorios de encuentro y cuidado colectivo. Allí no solo se dialoga sobre la salud, sino que se produce salud mediante el compartir alimento propio, la escucha intergeneracional y la orientación espiritual del sabedor. Esta dinámica permite procesar las tensiones propias de la ciudad, como el estrés económico y la fragmentación familiar, convirtiéndose en una estructura preventiva frente al deterioro espiritual identificado por la comunidad.

La red de sabedores, yachak, parteras y mayores constituye otra dimensión estructural central. Estas autoridades del conocimiento no cumplen únicamente una función asistencial, sino que orientan la vida comunitaria desde la cosmovisión y la ética del equilibrio. Su legitimidad proviene de la experiencia, la tradición oral y el reconocimiento colectivo. En los relatos comunitarios se evidencia la vigencia de estos saberes: “Mi abuelo me enseñó que cuando me desgarré puedo utilizar la ortiga” (J.P.2026). La medicina ancestral se transmite en el ámbito familiar y se valida en la práctica cotidiana: “Yo hice esa crema (...) ya voy como un mes probándola y no he sentido dolores” (A.F.2026). La experiencia directa confirma la eficacia del conocimiento heredado, fortaleciendo la autonomía sanitaria del pueblo.

La partería tradicional ocupa un lugar estructural en el cuidado de la vida. No se limita al momento del parto, sino que integra acompañamiento espiritual, orientación alimentaria y prácticas de armonización para la madre y el recién nacido. El nacimiento se concibe como un evento comunitario y espiritual que requiere equilibrio energético. En palabras de una participante: “Las parteras me indicaron que debía hacer muchos baños de aguas dulces (...) para armonizarnos” (I.T.2026). Estos baños no son únicamente prácticas higiénicas, sino rituales de protección y equilibrio que aseguran un inicio de vida en coherencia con la cosmovisión Kichwa. La partería representa, por tanto, una estructura de soberanía sobre el cuidado reproductivo y la continuidad cultural.

La medicina ancestral en su conjunto funciona como un sistema epistemológico propio. El cuerpo es entendido como un campo energético donde la enfermedad aparece cuando se rompe la armonía. El tratamiento no se dirige exclusivamente al síntoma físico, sino al restablecimiento del equilibrio integral. Esta lógica se articula estratégicamente con el sistema de salud occidental cuando es necesario, sin que ello implique subordinación del saber propio. La comunidad reconoce avances en esta articulación, como lo evidencia la experiencia señalada: “En el Hospital San Blas han dejado ingresar a mamá Rosita de partería... eso va posicionando ese saber” (N.T.2026). Este hecho constituye un hito en el reconocimiento intercultural y en la

consolidación de rutas de atención que respetan la medicina ancestral. La presencia del equipo de Medicina Ancestral Indígena (MAI) fortalece este puente, permitiendo interlocución institucional y defensa del enfoque diferencial.

Más allá de las prácticas concretas, la estructura más profunda que organiza la salud Kichwa es una ética del equilibrio. La enfermedad no se entiende únicamente como alteración biológica, sino como consecuencia de desarmonías previas en el pensamiento, las emociones o las relaciones. Como afirma un participante: “Cuando hay desequilibrio se pierde la armonía... y con eso llega la enfermedad” (A.T.2026). La salud implica cuidar lo que se piensa, lo que se siente y la forma en que se convive con los demás. Esta comprensión se sintetiza en la reflexión comunitaria: “Qué sacamos alimentándonos bien, si por dentro nuestra alma está envenenada con rabia o envidia” (S.T.2026). De esta manera, la estructura propia en salud integra dimensiones físicas, emocionales y espirituales sin fragmentarlas; reafirmando que el bienestar depende de la coherencia entre todas ellas.

El análisis permite observar que estas estructuras no permanecen estáticas, sino que se transforman en el contexto urbano. La ciudad impone limitaciones como la dificultad para acceder a plantas medicinales, la presión económica que reduce la participación comunitaria y la exposición de los jóvenes a dinámicas externas que pueden debilitar la transmisión de saberes. Sin embargo, también se identifican procesos de fortalecimiento, como la resignificación de la Tullpa, la consolidación organizativa y los avances en el reconocimiento institucional de sabedores y parteras. La resiliencia del pueblo Kichwa se expresa en su capacidad de recrear territorio, equilibrio y comunidad en medio de la ciudad.

En este marco, las estructuras propias en salud del pueblo Kichwa en Bogotá configuran un sistema relacional de equilibrio dinámico que integra núcleo espiritual, organización comunitaria, prácticas terapéuticas ancestrales y articulación intercultural. No se trata únicamente de prácticas médicas tradicionales, sino de una forma de gobernanza del bienestar colectivo basada en la reciprocidad, la autoridad ancestral y la ética del Sumak Kawsay. Fortalecer estas estructuras implica garantizar espacios permanentes para la Tullpa, reconocer formalmente el rol de parteras y yachak, facilitar el acceso a insumos de medicina ancestral y consolidar rutas interculturales de atención que respeten la cosmovisión propia. Para el pueblo Kichwa en Bogotá, la salud no es un estado aislado del cuerpo, sino un proceso continuo de armonización individual y colectiva que sostiene la vida en plenitud.

3. Conclusiones

En conclusión, las estructuras en salud de los pueblos indígenas en Bogotá se gestionan a través de una red de autoridades tradicionales, como los Benkhuun (Wounaan Nonam), Tachi Nawe (Eperara), Taitas (Inga), Zaitas (Muysca) o Kumú (Tubü Hummurimassa), quienes actúan como pilares del orden social y espiritual, asegurando que el cuidado de la vida sea un proceso vivo arraigado en la identidad cultural.

Un hallazgo común es la consolidación de instrumentos de gobierno propio, tales como Planes de Vida, de Salvaguarda y Mandatos de Salud, que actúan como hojas de ruta para la autonomía y la pervivencia en el contexto urbano. Estos instrumentos han permitido a las comunidades pasar de una atención reactiva ante la enfermedad a una gestión política y técnica que incluye la creación de consejos de salud y equipos interculturales como el de Medicina Ancestral Indígena (MAI). Dichas estructuras facilitan un diálogo con el sistema de salud distrital, buscando que la medicina occidental funcione como un complemento y no como un reemplazo de los saberes ancestrales, especialmente ante afecciones de origen espiritual que el modelo hospitalario no logra resolver.

La operatividad de estas estructuras se apoya en instancias de participación y gobierno como los consejos, cabildos y delegaciones de salud, que actúan como espacios de decisión y vigilancia para asegurar una atención culturalmente adecuada. Instrumentos como la Múcura de Salud en el pueblo Muysca de Suba ejemplifican la capacidad de articular saberes ancestrales y occidentales bajo una misma visión de cuidado. A esto se suma la alimentación propia, basada en productos como el cazabe, la fariña o alimentos de la chagra, la cual es reconocida transversalmente no solo como nutrición, sino como un eje protector que previene enfermedades y fortalece la estabilidad emocional de la comunidad. Estos elementos, lejos de ser aislados, conforman un sistema de bienestar que utiliza la palabra, el consejo y el alimento como medicinas fundamentales para la vida colectiva en la ciudad.

Finalmente, el análisis revela que, a pesar de las limitaciones del entorno urbano, los pueblos han resignificado espacios de la ciudad para sostener sus prácticas de sanación, tales como el Tambo Samai, el Cusmuy, la Tullpa, los mambeaderos o las huertas comunitarias. Así, las estructuras propias en salud operan hoy como dispositivos de resistencia y protección cultural en Bogotá, demostrando que la salud indígena es un ejercicio de soberanía que requiere garantías políticas y territoriales para asegurar la vida plena de sus comunidades.

Desde los factores protectores y deteriorantes de la salud, cada uno de ellos aborda el proceso de salud y enfermedad de las comunidades indígenas que residen en Bogotá, enmarcando la relación estrecha desde las prácticas de cuidado y autocuidado en el contexto urbano el cual perviven en situaciones de riesgo en la vida urbana y dificulta el desarrollo de una calidad de vida adecuada y así poder dar continuidad a las diferentes prácticas de prevención, sanación y transmisión de saberes.

La medicina tradicional y los factores protectores permiten la promulgación de encuentros comunitarios en los cuales la herencia generacional de conocimiento y el permanente acompañamiento de la familia y la comunidad con la armonía, equilibrio, espiritualidad, alimentación ancestral, pertinencia cultural, promueve que cada uno de estos elementos fortalecen la composición del tejido social desde lo individual y colectivo en medio de cada una de las condiciones urbanas modernas.

La salud de los pueblos indígenas se encuentra compuesta por factores como la medicina propia, la alimentación, la transmisión de saberes, los espacios comunitarios, la organización colectiva y los vínculos con el territorio. A partir de esta red, la medicina ancestral y su función de articulación dirigen ejercicios y prácticas como la armonización, la prevención y atención de malestares, la orientación y/o consejería espiritual y el acompañamiento tanto familiar como comunitario. Uno de los hallazgos fundamentales del capítulo es que la relación entre cuerpo, pensamiento y territorio se articula a partir de las prácticas cotidianas de las comunidades que residen en el contexto urbano.

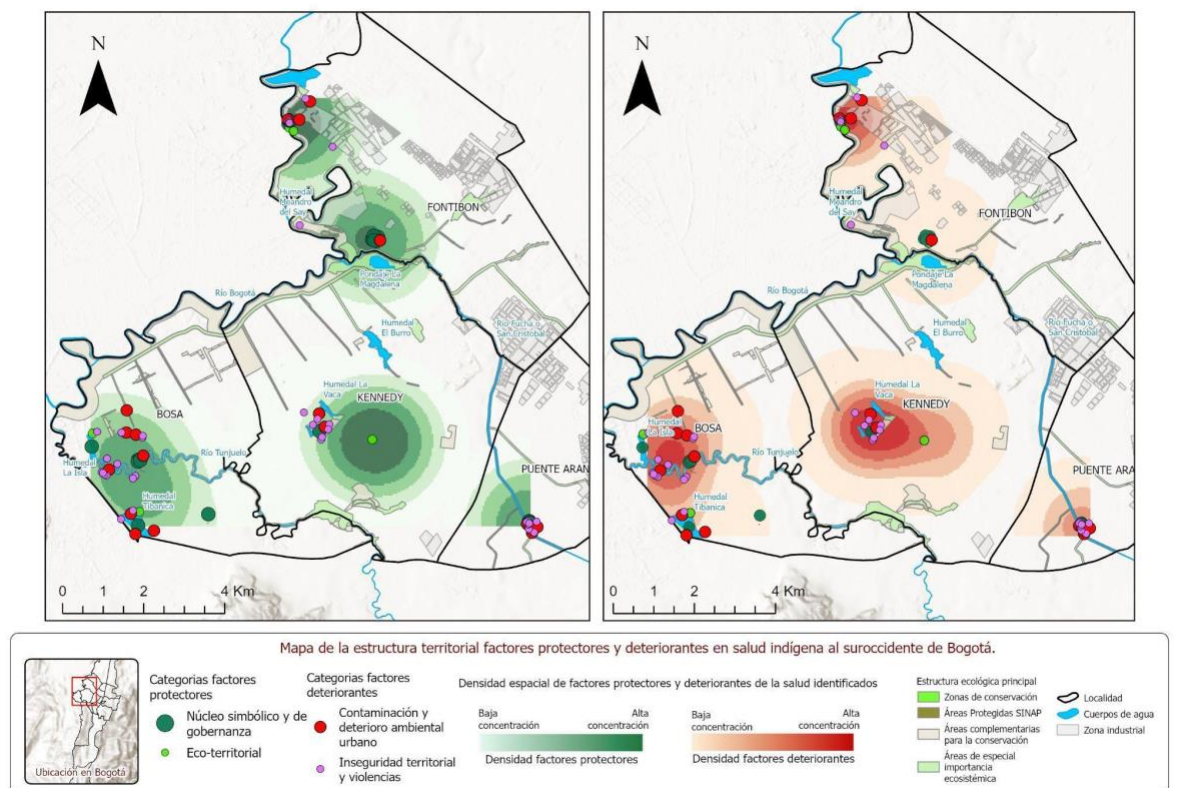
Las relaciones de cuidado son transversales a las afectaciones de salud. Procesos como la discriminación, las barreras institucionales, el racismo, la transformación de los hábitos de vida, la restricción de espacios de encuentro, el rechazo cultural y la fragmentación en la transmisión intergeneracional inciden sobre la palabra, el arraigo, la identidad, la práctica de la medicina ancestral y los vínculos comunitarios que orientan la atención de la enfermedad. En el contexto urbano, la preservación de las condiciones espirituales, sociales y culturales que permiten el equilibrio comunitario adquiere un carácter permanente.

El desarrollo continuo de las prácticas ancestrales orientadas a mantener el equilibrio comunitario expresa la capacidad de las comunidades para sostener sus formas propias de cuidado en medio de condiciones urbanas que las presionan y limitan. Desde la relación entre cuerpo, territorio, comunidad y espiritualidad, la exclusión y la desvalorización de los saberes propios se constituyen en problemáticas agravantes para el ejercicio pleno de la medicina ancestral. Cada configuración de las estructuras propias de salud se enfrenta a las diferentes formas de atención al interior de la ciudad. La conclusión que deja el capítulo es clara: la salud de los pueblos indígenas en contexto urbano exige reconocer la lógica relacional que la organiza, los mecanismos que permiten preservarla y las presiones que hoy inciden sobre ella.

En cuanto a las tendencias espaciales, los mapas evidencian que los procesos de salud y enfermedad de los pueblos indígenas se encuentran relacionados al territorio de manera diferencial. Tales patrones espaciales muestran las condiciones de deterioro identificadas, se establecen en áreas con mayor presión urbana donde la contaminación, el deterioro ambiental, así como la inseguridad urbana y la violencia cobran relevancia para las comunidades indígenas en el contexto urbano. En contraste, los factores protectores con mayor relevancia se conectan con núcleos simbólicos y de gobernanza, así como espacios eco territoriales relacionados con sitios naturales y seminaturales, donde la centralidad espiritual y política estructura las prácticas de cuidado, identidad y autoridad territorial; acá están presente espacios como cabildos, Centros de Pensamiento Intercultural, sitios ceremoniales o lugares de memoria, chagras, huertas, humedales, cerros, cuerpos de agua, lugares que brindan protección y organización.

Estas categorías se incorporan al territorio de manera relacional, generando interacciones tensas donde las dinámicas adversas pueden limitar las capacidades de las estrategias de protección, entendiendo que la reterritorialización de los pueblos, los procesos de salud y enfermedad son fenómenos territoriales situados. Los recorridos y los resultados de cartografías sociales permiten reconocer cuáles son sus desigualdades en salud, al situarse en los distintos contextos urbanos, así como el requerimiento en su abordaje diferenciado que fortalezcan los elementos protectores existentes.

Figura 4. Mapa de la estructura territorial de factores protectores y deteriorantes en salud indígena al suroccidente de Bogotá.

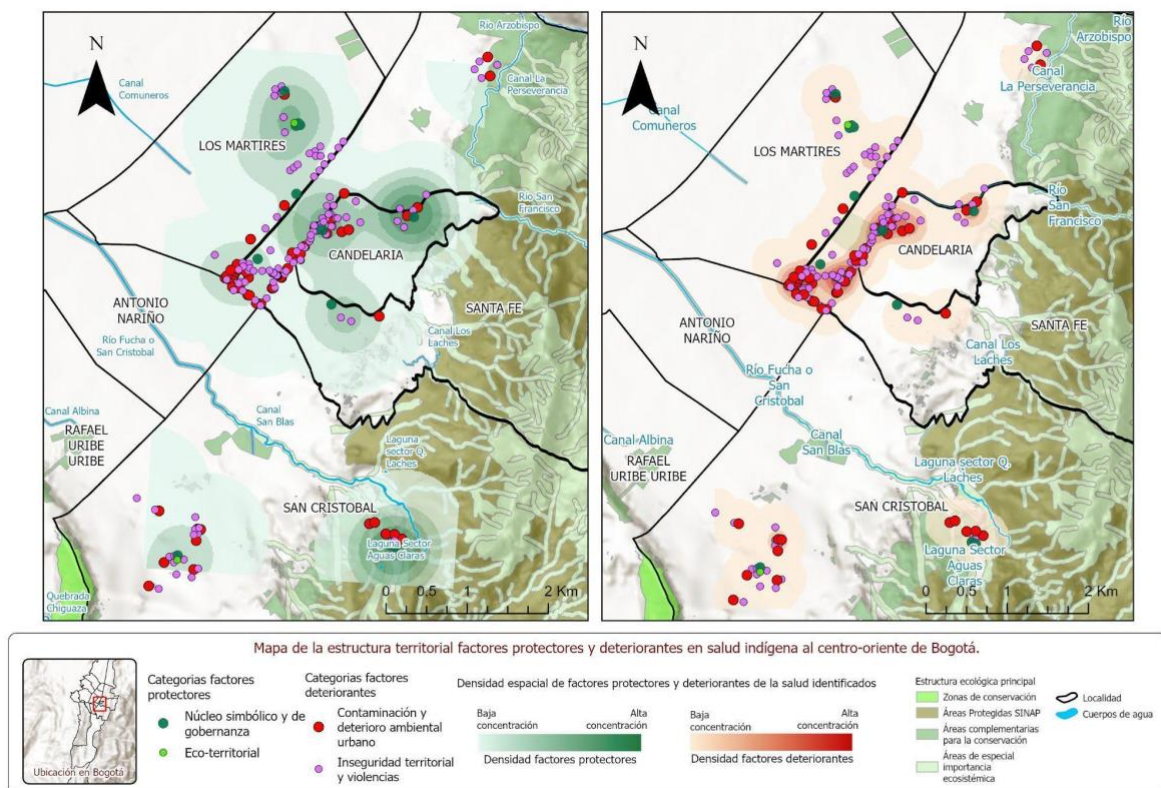


Los patrones espaciales presentes al sur occidente de la ciudad de Bogotá, se caracterizan por encontrar los factores protectores y los deteriorantes de forma superpuesta, lo que complejiza la cotidianidad y las prácticas indígenas en estas localidades. Se identifican concentraciones deteriorantes importantes cercanos, humedales Tibanica, La Isla, La Vaca e Hyntib, asociadas a la contaminación ambiental y problemáticas sociales presentes en las periferias de estas localidades. Así mismo, los factores protectores tienen núcleos propios de la estructura ecológica principal, en torno a humedales y cuerpos de agua, incrustado en los lugares

inseguros y de contaminación. Es importante nombrar los núcleos simbólicos y de gobernanza ya que en este territorio se permite la integración étnica.

Esta proximidad refleja la disputa entre procesos estructurales que si de por sí son condiciones propician a la enfermedad y a procesos deteriorantes de la salud, las prácticas en estos espacios puntuales buscan sostener el bienestar y equilibrio, configurándolo como un territorio estratégico para el fortalecimiento de aquellas prácticas y sus contrarresto a las condiciones riesgosas.

Figura 5. Mapa de la estructura territorial de factores protectores y deteriorantes en salud indígena al suroccidente de Bogotá.

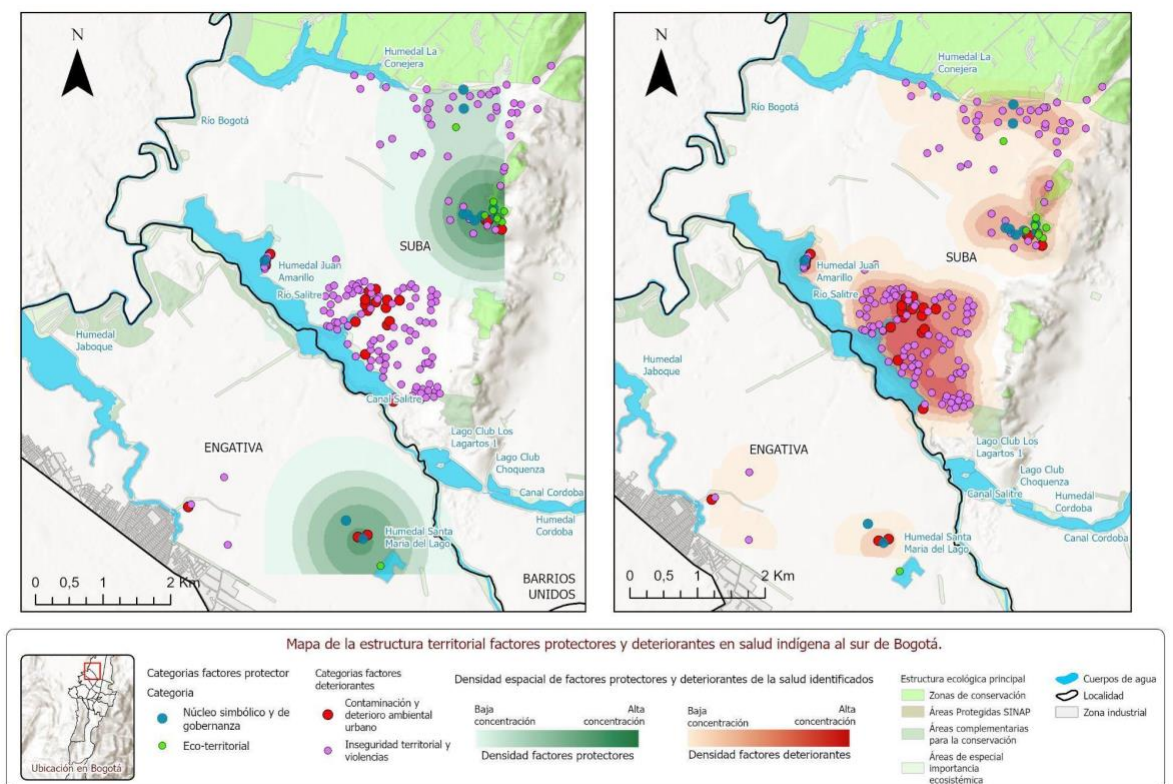


Hacia la zona centro oriental de la ciudad , se observa configurado un territorio donde se expresa la existencia de factores deteriorantes claves para entender los procesos de salud enfermedad de los pueblos indígenas en Bogotá, ya que las concentraciones identificadas con mayor concentración entre las localidades de Candelaria, Santa Fe y Los Mártires y en transición hacia la localidad de San Cristóbal, donde confluyen dinámicas de presión por violencias, conflictividad territorial y deterioro ambiental.

Coexisten factores protectores como núcleos de gobernanza o protección (Como Casa indígena, Shinyak o el cabildo inga, entre otros), así como núcleos comerciales que

tradicionalmente ha sido espacio de participación de los pueblos en el centro de la ciudad, lo que ha permitido la configuración de redes de cuidado; las condiciones de deterioro son bastante fuerte, pero no lo suficiente para eliminar estrategias de protección y autonomía; dinamizan el territorio al establecer talleres para el cuidado, transmisión de conocimientos y establecer redes de comercio.

Figura 6. Mapa de la estructura territorial de factores protectores y deteriorantes en salud indígena al norte de Bogotá.

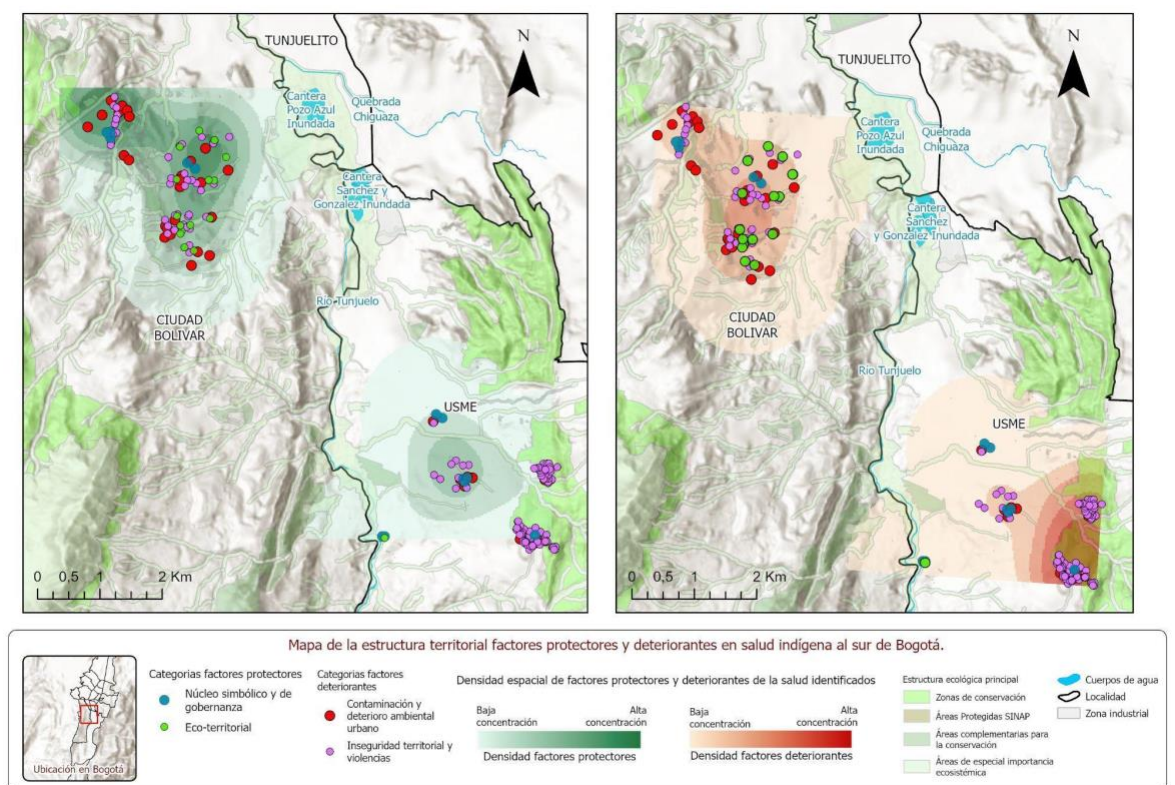


En la zona norte de la ciudad se configuran distribuciones territoriales heterogéneas de los factores protectores y deteriorantes, asociadas principalmente a la relación entre la estructura ecológica y la presión urbana existente. La proximidad a cuerpos de agua, junto con dinámicas de densificación e infraestructura urbana, genera un escenario donde ambos tipos de factores se distribuyen de manera sesgada y no homogénea, dando lugar a configuraciones espaciales mixtas en las que coexisten condiciones de protección y deterioro en espacios naturales y seminaturales.

Los cerros de Suba, como el Parque Mirador de Los Nevados y sus alrededores, corredores ecológicos (Humedal Tibabuyes) son tomados con mayor referencia para la pervivencia de las prácticas propias, notando una fuerte relación con los procesos de eco-territoriales con prácticas de cuidado y bienestar, aunque muchas veces con difícil acceso o con

percepción alta de inseguridad, permiten la reproducción de prácticas culturales, comunitarias y de equilibrio. No obstante, estas dinámicas protectoras se encuentran tensionadas por condiciones de difícil acceso y por una alta percepción de inseguridad, lo que limita su alcance y uso cotidiano. De este modo, los factores protectores no operan en condiciones óptimas, sino que coexisten con elementos deteriorantes asociados a la presión urbana y a las barreras territoriales.

Figura 6. Mapa de la estructura territorial de factores protectores y deteriorantes en salud indígena al suroccidente de Bogotá.



Desde el sur de la ciudad de Bogotá, se configuran patrones territoriales donde los procesos de salud y enfermedad se encuentran bastante condicionados por las dinámicas de deterioro urbano asociados históricamente a esta zona periférica. La inseguridad, las violencias, y las condiciones ambientales difíciles inciden las condiciones de vida.

Un ejemplo claro de esta articulación se evidencia en las UPZ Alfonso López y La Flora, en la localidad de Usme, donde la presencia de asentamientos informales y las problemáticas derivadas, como la precariedad en servicios e infraestructura, así como los riesgos asociados a la inseguridad y la violencia, inciden en la vida comunitaria y en los procesos de salud-enfermedad. En contraste, los factores protectores se presentan de manera dispersa y limitada, en parte debido

a las dificultades de acceso y a las condiciones territoriales propias de estas localidades. En este contexto, la interacción entre factores deteriorantes y protectores no se da en condiciones equilibradas, sino que evidencia una configuración territorial desigual, en la cual los primeros predominan y restringen el alcance de las dinámicas de protección.

Así, la lectura integrada de estos elementos permite identificar que variables como el acceso, la percepción de inseguridad en la vida cotidiana y las condiciones ambientales no sólo coexisten, sino que se refuerzan entre sí, consolidando un escenario de bienestar limitado.

La caracterización y el análisis comparativo de los conceptos propios de salud-enfermedad han permitido visibilizar la riqueza teórico-conceptual con base a la cosmovisión de los pueblos indígenas y el rol de las autoridades que 14 pueblos indígenas mantienen vigentes en Bogotá. Además, es importante mencionar que la pervivencia de estos sistemas de medicina ancestral se encuentra en una tensión y adaptación constante debido a los procesos de reterritorialización, las dinámicas migratorias, las transformaciones socioeconómicas y las particularidades de la vida en Bogotá. Estas realidades moldean y reconfiguran las formas en que las comunidades vivencian sus ciclos vitales y protegen su salud en el día a día. Con el objetivo de entrelazar estas concepciones cosmogónicas y teóricas, el capítulo posterior, titulado “Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá”, muestra de forma detallada tanto los factores protectores como los factores que identifican los pueblos indígenas en Bogotá relacionados con la salud y como cada uno de ellos incide de manera significativa en su cotidianidad y culturalidad. De este modo, se busca dar una comprensión integral de cómo la población indígena pervive en sus formas de autocuidado ante sus necesidades de salud en el entorno urbano, también aportando insumos técnicos clave para el diseño de estrategias públicas con un verdadero enfoque diferencial e intercultural.

Capítulo 4. Análisis de Percepciones, Factores Protectores y Factores de Riesgo frente al Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas de Catorce (14) Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.

Este capítulo desarrolla la caracterización y el análisis del uso y abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) desde las perspectivas propias de los Catorce Pueblos Indígenas residentes en Bogotá, integrando sus comprensiones culturales, espirituales, relacionales y territoriales frente a este fenómeno en el contexto urbano. El análisis se fundamenta en la palabra, los saberes y las prácticas propias de los pueblos, reconociendo que la comprensión de las SPA no puede abordarse exclusivamente desde marcos biomédicos o epidemiológicos, sino desde una lectura intercultural situada, diferencial y territorializada.

En coherencia con lo desarrollado en el Capítulo 2, se retoma los referentes conceptuales propios sobre salud, enfermedad, equilibrio, desarmonía, territorio y medicina propia, y los articula específicamente al análisis del uso y abuso de SPA. De este modo, el presente capítulo no reproduce contenidos conceptuales previamente expuestos, sino que los emplea como marco interpretativo para comprender cómo los pueblos indígenas significan, regulan y enfrentan el fenómeno de las SPA en la vida cotidiana urbana.

El capítulo inicia con una contextualización estadística basada en los estudios e informes técnicos distritales y nacionales, cuyo propósito es situar el fenómeno de las SPA en Bogotá desde una perspectiva poblacional general. Este capítulo tiene carácter contextual y complementario, y no constituye una caracterización epidemiológica específica de la población indígena. Su función es enmarcar el análisis propio dentro de la realidad del Distrito, garantizando coherencia con los instrumentos de política pública vigentes.

Posteriormente, se presentan las categorías analíticas que estructuran el desarrollo del capítulo: *percepciones propias sobre las sustancias psicoactivas, factores de riesgo y factores de protección*. Estas categorías fueron definidas para asegurar consistencia metodológica en los Catorce Pueblos, la estructura común permite mantener coherencia comparativa sin desconocer la diversidad cultural, garantizando un análisis homogéneo en su forma y diferencial, en su contenido.

El núcleo del capítulo corresponde al análisis crítico por pueblo indígena, construido a partir de la integración de múltiples insumos metodológicos: *círculos de la palabra, grupos focales, recorridos territoriales, cartografías participativas y cuestionarios individuales*. La triangulación de estas fuentes permitió identificar convergencias, tensiones y particularidades en las formas de comprender y vivir el fenómeno de las SPA, fortaleciendo la validez interna del análisis y asegurando una lectura culturalmente situada y territorialmente contextualizada.

Este ejercicio no se limita a una descripción narrativa, sino que desarrolla un análisis interpretativo que vincula condiciones estructurales, dinámicas urbanas, procesos de desarmonización y mecanismos propios de regulación cultural. En este sentido, el capítulo no

solo documenta percepciones, sino que aporta elementos analíticos para comprender las relaciones entre el territorio, la identidad, la vulnerabilidad y la protección frente al consumo de SPA.

Posteriormente, se presenta un análisis transversal de comprensiones colectivas, orientado a integrar los sentidos compartidos que emergen del conjunto de pueblos indígenas. Este apartado no busca homogeneizar las diferencias ni establecer comparaciones jerárquicas, sino identificar patrones, recurrencias territoriales y tensiones comunes que aportan a una comprensión intercultural del fenómeno en el contexto urbano de Bogotá.

Finalmente, el capítulo desarrolla las conclusiones y recomendaciones orientadas a la formulación y fortalecimiento de una Propuesta Distrital de Prevención del Uso y Abuso de SPA con Enfoque Intercultural. Estas recomendaciones se sustentan directamente en los hallazgos analíticos del capítulo y enfatizan en los aspectos de la corresponsabilidad entre comunidades e institucionalidad, la protección y fortalecimiento de los saberes propios como eje preventivo, la diferenciación entre prácticas culturales y consumos problemáticos de sustancias externas y la necesidad de intervenciones integrales, territorializadas, sostenibles y culturalmente pertinentes.

En consecuencia, este capítulo no solo constituye un ejercicio de caracterización, sino un insumo estratégico para la toma de decisiones en la Política Pública Distrital, al aportar evidencia cualitativa y territoriales que complementa los enfoques epidemiológicos tradicionales y orienta acciones preventivas ajustadas a la diversidad cultural de la ciudad.

1. Contextualización Estadística General sobre el Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas en Bogotá.

El Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) continúa representando un desafío importante para la salud pública en Bogotá, particularmente en relación con los eventos de salud asociados al consumo problemático y al abuso de sustancias. De acuerdo con los datos del Observatorio de Salud de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2025), en los últimos cinco años se han registrado 59.100 casos notificados al sistema de salud, los cuales no corresponden a prevalencias de uso, sino a atenciones y eventos asociados al consumo de SPA. Al analizar las notificaciones según el curso de vida, se observa que el 47,2% de los casos corresponde a la adultez (29 a 59 años), equivalente a 27.896 personas, seguida por la juventud (18 a 28 años) con el 38,9% (22.992 casos), la adolescencia (12 a 17 años) con el 9,6% (5.665 casos), la vejez (60 años o más) con el 4,21% (2.490 casos) y la infancia (6 a 11 años) con el 0,1% (60 casos). Esta distribución evidencia que la mayor proporción de casos notificados y atenciones asociadas al consumo de SPA se concentra en las etapas de adultez y juventud, lo cual puede estar influido por factores como mayor exposición a riesgos y acceso a servicios de salud.

Frente a los sitios habituales de uso problemático en la población general de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud (2025) evidencia que los espacios de mayor concentración de casos

corresponden a la vivienda y a la vía pública, ambos con 35.902 registros, lo que representa aproximadamente el 60,7% del total de 59.100 casos reportados. En tercer lugar, se encuentran los parques con 22.015 casos (37,2%), seguidos de los bares y tabernas con 10.971 casos (18,5%), las casas de los amigos con 19.505 casos (33%), y, finalmente, los establecimientos educativos con 3.300 casos (5,6%). Esta distribución sugiere que el consumo de SPA ocurre principalmente en entornos cotidianos y de libre acceso, como el hogar y los espacios públicos (Secretaría Distrital de Salud, 2025).

Estos mismos registros sobre consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá muestran una distribución diferenciada según el nivel educativo, destacándose que la mayor proporción de casos corresponde a personas con secundaria completa, con 20.202 registros, que representan aproximadamente el 34,2% del total de 59.100 casos. Le sigue la secundaria incompleta, con 15.604 casos (26,4%), el nivel técnico postsecundario completo con 4.851 casos (8,2%), la universidad completa con 4.135 casos (7%), la universidad incompleta con 4.003 casos (6,8%), la primaria completa con 3.757 casos (6,4%) y la primaria incompleta con 3.386 casos (5,7%). En niveles menores de participación se encuentran el técnico postsecundario incompleto con 1.365 casos (2,3%), las personas que no han asistido a la escuela con 598 casos (1%), el posgrado completo con 543 casos (0,9%), los sin dato con 370 casos (0,6%), el posgrado incompleto con 209 casos (0,3%) y finalmente el nivel preescolar con 77 casos (0,1%) (Secretaría Distrital de Salud, 2025).

Esta distribución indica que el consumo de sustancias psicoactivas se concentra principalmente en personas con educación secundaria, tanto completa como incompleta. Sugiriendo una mayor exposición a factores de riesgo durante la adolescencia y la juventud, etapas en las cuales confluyen cambios neurobiológicos, cognitivos y sociales.

Respecto a los casos por pertenencia étnica, el consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá muestra una distribución diferenciada, evidenciando que la mayor proporción de casos se concentra en la población caucásica, con un total de 659 casos, que representan aproximadamente el 1,1% del total registrado (59.100). Le siguen las personas afrocolombianas con 248 casos (0,4%), las mulatas con 215 casos (0,36%), los palenqueros con 32 casos (0,05%), los indígenas con 27 casos (0,04%) y los raizales con 24 casos (0,04%) (Secretaría Distrital de Salud, 2025). Como parte de esta perfilación, resulta necesario considerar los hallazgos reportados en los Estudios de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizados en Bogotá en los años 2016 y 2022, los cuales constituyen referentes fundamentales para la comprensión del consumo en población indígena residente en la ciudad. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2016; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2022). Estos estudios corresponden a las fuentes más recientes y específicamente orientadas al fenómeno analizado.

Para el estudio de 2016, se usó una muestra total de 6.369 personas. Allí se reportó que 5.20% de la población de Bogotá se reconoce como indígena. En el análisis de consumo por etnia, estas personas hacen parte del grupo combinado “negros-indígenas”, dentro del cual el

estudio identifica como sustancias con mayor prevalencia reportada el alcohol y el tabaco. Para el 2022, el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C., se realizó con una muestra total de 10.912 personas, representativa de una población estimada de 6.498.374 habitantes de la ciudad. En este estudio, la información relacionada con pertenencia étnica y consumo de sustancias se presenta en el capítulo correspondiente a la “población que se reconoce como étnica”, categoría que agrupa a personas indígenas y a otros grupos étnicos. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2022).

En particular, en el estudio de 2016 se reportó una prevalencia del alcohol en el último mes del 39.03% y de tabaco/cigarrillo en el último mes del 16.22%. En relación con sustancias ilícitas, se informan prevalencias de cualquier droga ilícita en el último año del 10.73%, marihuana en el último año del 9.67% y cocaína en el último año del 1.54%, para dicho grupo (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2016). Mientras que en el estudio de 2022 se encuentra información solo de consumo de sustancias ilícitas señalando que la prevalencia reciente de consumo de marihuana en la población étnica es de 4.74% y para cocaína se reporta una prevalencia de consumo en el último año del 0.74% (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2022, p. 252).

Según el sexo, se evidencia que sólo el estudio de 2016 describe resultados con valores consistentemente más altos en hombres que en mujeres para todas las sustancias analizadas. En particular, para el consumo de tabaco en el último mes, se reporta una prevalencia del 25.28% en hombres y del 6.52% en mujeres. En el caso del alcohol en el último mes, la prevalencia es del 52.17% en hombres frente al 24.98% en mujeres. Respecto a las sustancias ilícitas, el consumo de marihuana en el último año alcanza el 18.38% en hombres y el 0.36% en mujeres, mientras que el consumo de cocaína en el último año se sitúa en 2.50% en hombres y 0.51% en mujeres. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2016).

Asimismo, sólo el estudio de 2016 reporta variaciones en las prevalencias de consumo por grupos de edad dentro del grupo. En relación con el consumo de alcohol en el último mes, las prevalencias más altas se registran en los rangos de 35–44 años (49.32%), 25–34 años (49.14%) y 18–24 (46.98%). Para el consumo de tabaco en el último mes, los valores más elevados se observan en los grupos de 35–44 años (18.25%) y 12–17 años (17.37%). En cuanto al consumo de marihuana en el último año, se reportan mayores prevalencias en los grupos de 35–44 años (17.17%) y 12–17 años (15.64%). Respecto al consumo de cocaína en el último año, el valor más alto se presenta en el grupo de 18–24 años (4.29%) seguido por el grupo de 25–34 años (2.66%). (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & UNODC, 2016).

Ahora bien en lo desarrollado en el capítulo 3 se evidencia que existen 315 casos de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas en donde se identifican diferencias en los patrones epidemiológicos según el grupo poblacional. El pueblo Muysca de Suba concentra la mayor carga y presenta mayor complejidad vinculada al policonsumo; el pueblo de Los Pastos se caracteriza por un predominio de la dependencia al

alcohol; el pueblo Inga agrupa principalmente eventos asociados a la abstinencia y a cuadros severos por consumo de alcohol; mientras que el pueblo Ambiká Pijao, aunque registra una menor carga global, presenta una elevada proporción de diagnósticos relacionados con el consumo de múltiples sustancias y tabaco.

No obstante, esta información presenta límites importantes para el análisis de los pueblos indígenas en contexto urbano, ya que no permite diferenciar prácticas específicas, sentidos culturales ni formas comunitarias de regulación del consumo. Esta brecha evidencia la necesidad de complementar la lectura estadística con los hallazgos cualitativos provenientes de las matrices de fuentes primarias, los cuestionarios individuales y los espacios de diálogo comunitario, que posibilitan comprender el consumo de SPA desde las percepciones, los factores de riesgo y los factores de protección propios de cada pueblo.

Desde esta perspectiva, la información cuantitativa cumple una función contextual y orientadora, que abre paso al análisis intercultural, en el cual se profundiza en las tensiones existentes entre las lógicas urbanas de consumo y las formas indígenas de cuidado, armonización y regulación comunitaria.

2. Categorías de análisis

El presente apartado desarrolla tres categorías: *las percepciones propias sobre las sustancias psicoactivas, los factores de riesgo y los factores protectores asociados al uso y abuso de dichas sustancias*. Estas orientan el análisis de la información recolectada y permiten visibilizar los conceptos propios que los pueblos indígenas construyen en el marco de esta caracterización. Más que establecer definiciones cerradas, las categorías funcionan como herramientas para describir sentidos situados en torno a las SPA, posibilitando una presentación ordenada de los significados que cada pueblo les atribuye.

Las percepciones propias sobre las sustancias psicoactivas: Esta categoría abarca la diferenciación entre el uso y el abuso en el consumo de SPA, y se refiere a la forma en que cada uno de los pueblos indígenas interpreta y expone los efectos y consecuencias y problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) de manera individual, familiar y comunitario.

Los factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas: Esta categoría abarca las situaciones estructurales, ambientales, socioculturales y de salud que facilitan el inicio y consumo problemático de sustancias psicoactivas. Dentro de algunos de los principales factores de riesgo se incluyen la edad, el género, las dinámicas y tipologías familiares, la deserción escolar, el desempleo, y el fácil acceso a sustancias psicoactivas, así como la desarticulación de redes de apoyo tanto propias, como sociales e institucionales, también se consideran otros factores como el desarraigo cultural, el debilitamiento del tejido comunitario y la pérdida de referentes identitarios, los cuales inciden de forma individual, familiar, socioeconómica, comunitaria y cultural.

Los factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas: Incluyen elementos que disminuyen el riesgo de consumo problemático de SPA, desde una perspectiva integral teniendo en cuenta situaciones estructurales, ambientales, socioculturales y de salud. Se destacan como factores protectores la permanencia escolar, la cohesión familiar, la estabilidad económica y la existencia de redes de apoyo interinstitucionales. Asimismo, el fortalecimiento de la identidad cultural, el arraigo territorial, la cohesión comunitaria, la transmisión intergeneracional de saberes y el ejercicio del gobierno propio conforman soportes fundamentales que protegen frente al consumo de SPA. Estos factores se relacionan con dimensiones individuales, familiares, socioeconómicas, comunitarias y culturales de las comunidades indígenas.

3. Análisis de los Catorce Pueblos Indígenas desde las Percepciones Propias, los Factores de riesgo y los Factores de Protección sobre el Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas.

Los siguientes análisis recogen las reflexiones y elaboraciones propias de los Catorce Pueblos Indígenas respecto a las categorías establecidas, interpretadas desde sus sistemas de pensamiento y experiencias de vida en Bogotá. Este ejercicio se constituye en un análisis interpretativo y descriptivo, a través de metodologías participativas situadas en sus contextos particulares.

En este marco, las descripciones y mapas dan cuenta de la experiencia urbana de los pueblos indígenas, reconociendo a la ciudad como un escenario cuyas dinámicas, a menudo ajenas a sus formas tradicionales de organización, generan desafíos, tensiones y procesos de adaptación. Estos fenómenos inciden directamente en la transmisión, apropiación y ejercicio de sus saberes ancestrales. Esto con el fin de identificar las percepciones propias y aquellos factores de riesgo y protección asociados al consumo de SPA.

3.1. Pueblo Muisca de Bosa

3.1.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

El uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) no se concibe como un fenómeno aislado ni exclusivamente sanitario, sino como una expresión compleja de desarmonización que atraviesa el plano individual, familiar, espiritual, comunitario y territorial. Esta comprensión compartida constituye un consenso amplio entre autoridades tradicionales, sabedores, líderes y comuneros, y se inscribe en una lectura cultural coherente con la cosmovisión Muisca y con los principios del gobierno propio.

Desde las percepciones comunitarias, el consumo no se define por la existencia de sustancias en sí mismas, sino por el uso inadecuado que las personas hacen de las plantas. En este sentido, el problema no radica en la sustancia como objeto externo, sino en la intención, el sentido y la relación que se establece con ella. Las comprensiones frente al uso y abuso de SPA

se fundamentan en la experiencia territorial, la memoria colectiva y la observación directa de los efectos que determinadas prácticas han generado en la vida comunitaria.

En los círculos de la palabra, estas percepciones no emergen de una mirada institucional externa, sino desde la palabra viva de las autoridades tradicionales y los sabedores. Al respecto, el sabedor Mauricio Susa (2025) señala que para el Pueblo Muisca las sustancias psicoactivas no existen como una categoría propia, dado que lo que existen son las plantas, las cuales poseen espíritu, memoria y propósito. Desde esta perspectiva, el daño no reside en la planta, sino en el uso descontextualizado que se le otorga y en la pérdida de su carácter sagrado.

De manera complementaria, la sabedora Nelsy Chiguasuque (2025) reafirma que las plantas deben comprenderse desde una relación de respeto, cuidado y armonía, no desde una lógica de consumo. Cuando se instrumentalizan con fines ajenos a su sentido ancestral, se rompe el equilibrio del individuo y se generan afectaciones que trascienden lo físico, impactando lo espiritual, lo familiar y lo comunitario. El análisis de los cuestionarios confirma un acuerdo amplio en esta interpretación: el consumo problemático es leído como un alejamiento de la Ley de Origen y del orden espiritual que debe regir el territorio.

Desde las fuentes primarias, una de las percepciones centrales es la comprensión del consumo problemático como una adicción que puede convertirse en enfermedad, generando dependencia y pérdida de autonomía. Esta idea se expresa en la voz de una participante: “Bueno, pues digamos que es una adicción que en muchas personas se vuelve una enfermedad, porque ya no pueden vivir sin eso” (Cobos, 2025).

Interpretativamente, esta afirmación evidencia cómo la comunidad articula categorías cercanas al campo biomédico con su propia lectura cultural del desequilibrio. La enfermedad no es entendida únicamente como alteración fisiológica, sino como ruptura de la armonía entre cuerpo, pensamiento y espiritualidad. Las fuentes secundarias respaldan esta comprensión al señalar que, en contextos indígenas, el consumo de SPA suele interpretarse como una fractura del equilibrio integral, principio fundamental de las cosmovisiones ancestrales (González Díaz & Castro Torres, 2024).

Otro eje de consenso se relaciona con las afectaciones del consumo en la vida cotidiana y en el entorno familiar. En los diálogos comunitarios surge la pregunta: “¿Cómo cree que afecta la vida de las personas (...)?” (Cobos, 2025). Esta formulación revela que el fenómeno no se percibe como un asunto individual, sino como una problemática que impacta directamente las dinámicas relacionales y el tejido comunitario.

Las respuestas consignadas en los cuestionarios evidencian asociaciones reiteradas entre consumo, conflictos intrafamiliares, distanciamiento afectivo y debilitamiento de las redes de apoyo. Sin embargo, junto al reconocimiento del problema, emergen tensiones significativas: aunque se afirma la necesidad de acompañamiento y cuidado, también se identifican narrativas de estigmatización que ubican al consumidor en una periferia social y espiritual. Esta tensión entre reconocimiento y exclusión simbólica limita la activación temprana de modelos propios de

sanación. Castro Torres (2024) advierte que el uso problemático de SPA genera tensiones intrafamiliares y afecta las redes de apoyo, especialmente en comunidades donde la vida colectiva constituye un eje fundamental del bienestar.

El análisis también muestra una conciencia clara sobre los efectos físicos, mentales y comportamentales de determinadas sustancias que circulan con mayor frecuencia en el territorio. Se reconoce la presencia de consumo de sustancias lícitas, tales como cigarrillos, bebidas energizantes y alcohol, en barrios como San Bernardino, Villa Ema, Echeverry y Potreritos (Cobos, 2025), así como el consumo de sustancias ilícitas, tales como el bazuco, la marihuana e inhalantes, en sectores como el puente Getsemaní, el puente amarillo del barrio San José II y el humedal Chiguasuque (Bustos, 2025).

Desde la mirada comunitaria, estas sustancias alteran la percepción, el comportamiento y la forma de relacionarse con el entorno. No obstante, el cuestionario revela un desplazamiento interpretativo relevante: el consumo no es leído únicamente como causa de desorden, sino como síntoma de vulnerabilidades estructurales. Existe un consenso amplio en señalar factores como la exclusión social, la precariedad económica, la falta de oportunidades educativas y laborales, el debilitamiento de espacios comunitarios y el desarraigo cultural como condiciones que incrementan el riesgo. En este sentido, el consumo es comprendido como una estrategia fallida de afrontamiento frente a dolores emocionales, conflictos familiares y vacíos identitarios. Esta lectura coincide con la perspectiva de González Díaz y Castro Torres (2024), quienes sostienen que los efectos neuropsicológicos de las SPA se entrelazan con condiciones sociales que incrementan los riesgos individuales y colectivos.

Asimismo, se evidencia preocupación frente a la posible normalización de sustancias como la marihuana y el perico, expresada en la pregunta: “¿Qué opinión hay frente a la marihuana, perico (...)?” (Cobos, 2025). La inquietud no se centra exclusivamente en el acto de consumir, sino en la manera en que estas prácticas pueden naturalizarse, especialmente entre jóvenes, debilitando procesos de transmisión cultural. Montoya (2020), citado en Castro Torres, (2024) advierte que la normalización del consumo en contextos indígenas puede entrar en conflicto con los sistemas propios de cuidado, afectando la identidad cultural y los mecanismos comunitarios de protección.

Sin embargo, el análisis del cuestionario también identifica consensos sólidos en torno a los factores protectores. Existe un acuerdo amplio en que la prevención no se concibe como intervención técnica externa, sino como fortalecimiento del Ser Muisca. La familia, los espacios colectivos, la identidad cultural, la medicina tradicional y la palabra de los mayores se reconocen como pilares protectores. La identidad no se entiende como categoría simbólica abstracta, sino como estructura de pensamiento que otorga sentido, pertenencia y propósito, reduciendo la vulnerabilidad frente al consumo.

Finalmente, las percepciones comunitarias muestran que el fenómeno interpela al gobierno propio y exige respuestas colectivas. Como lo expresa un participante: “Esto nos obliga

pues como tal a mirar el fenómeno (...)” (Bustos, 2025). Esta afirmación evidencia que el consumo de SPA no se asume con indiferencia, sino como un reto de gobernanza comunitaria que demanda pasar de la reacción al cuidado anticipado, fortaleciendo redes internas y articulando, de manera respetuosa, apoyos externos.

En síntesis, la percepción del uso y abuso de sustancias psicoactivas en el Pueblo Muisca de Bosa se fundamenta en una comprensión integral del consumo como desarmonización que afecta al ser, la familia y el territorio. El análisis interpretativo evidencia consensos amplios en reconocer el daño y en valorar los factores protectores propios, pero también identifica tensiones asociadas al estigma, al silencio y a la relación con la institucionalidad externa. De este modo, el consumo de SPA es entendido no sólo como un problema de salud, sino como una problemática social, cultural, espiritual y política que requiere respuestas colectivas, interculturales y culturalmente pertinentes, ancladas en la autonomía y el fortalecimiento del pensamiento propio Muisca.

3.1.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El análisis interpretativo de la información recopilada mediante círculos de la palabra, encuentros territoriales y cuestionarios individuales permite afirmar que el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en el Pueblo Muisca de Bosa es comprendido como una expresión compleja de desarmonización que atraviesa dimensiones territoriales, familiares, sociales, espirituales y culturales. En coherencia con lo consignado en los cuestionarios individuales (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2025a–2025m), existe un consenso amplio en que el consumo no constituye un fenómeno aislado ni exclusivamente sanitario, sino una ruptura del equilibrio comunitario y del orden espiritual asociado a la Ley de Origen.

Las respuestas evidencian un acuerdo significativo en desplazar la responsabilidad del consumo del individuo hacia el entorno urbano y estructural. Se identifican como factores de riesgo la presión social, la exclusión económica, la falta de oportunidades educativas y laborales, y la precariedad que impone el contexto urbano. En esta lectura compartida, el consumo aparece como una estrategia fallida de afrontamiento frente a dolores emocionales, crisis identitarias y desequilibrios espirituales, más que como una conducta recreativa desvinculada del contexto. Esta interpretación coincide con literatura que señala que, en contextos indígenas urbanos, la vulnerabilidad social incrementa el riesgo de consumo problemático (OPS, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Uno de los factores más reiterados, tanto en la palabra comunitaria como en los cuestionarios individuales, es la normalización del consumo y la facilidad de acceso a las SPA en espacios públicos del territorio. Reinel Neuta lo expresa con claridad: “¿En qué momentos el consumo de estas sustancias psicoactivas se ven en el territorio? En los espacios públicos, cerca a los jóvenes y donde ya se volvió algo normal verlo” (Neuta, 2025). Las respuestas del cuestionario confirman esta percepción al señalar que la exposición constante en parques, calles

y entornos cercanos a instituciones educativas reduce la percepción del riesgo y favorece la iniciación temprana. Las fuentes secundarias respaldan este hallazgo al advertir que la visibilización reiterada del consumo en el entorno inmediato debilita los mecanismos de control social comunitario e incrementa la probabilidad de consumo problemático (Secretaría Distrital de Salud, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El impacto del consumo sobre la estructura familiar constituye otro consenso relevante. Gloria Neuta señala: “Creemos que sí existe un problema porque esto afecta a las familias, a los jóvenes y rompe la armonía dentro del hogar” (Neuta, 2025). En los cuestionarios individuales se identifican dificultades de comunicación, debilitamiento de figuras de orientación y limitaciones en la contención emocional como condiciones que incrementan la vulnerabilidad. Aunque la familia es reconocida como principal factor protector, cuando se fractura la armonía del hogar también se debilitan los procesos intergeneracionales de transmisión cultural, ampliando el riesgo. Esta lectura coincide con estudios que asocian el consumo problemático con conflictos intrafamiliares y fragmentación de redes de apoyo (OPS, 2021).

Asimismo, el desarraigo cultural y la transformación del territorio ancestral emergen como factores de riesgo estructurales. David Henao advierte: “El territorio ya no es el mismo, se han perdido espacios importantes y eso también afecta a los jóvenes, que buscan otras formas de refugio” (Henao, 2025). Las respuestas del cuestionario coinciden en que la pérdida o debilitamiento de prácticas tradicionales, rituales y espacios de transmisión de saberes genera vacíos identitarios que pueden ser ocupados por el consumo de SPA. Las fuentes secundarias señalan que la desconexión con el territorio ancestral debilita factores protectores culturales e incrementa la vulnerabilidad en pueblos indígenas urbanos (Ministerio del Interior, 2023; Secretaría de Gobierno de Bogotá, 2024).

El análisis del cuestionario también permite identificar tensiones internas que operan como factores de riesgo indirectos. Aunque existe claridad colectiva sobre el daño que produce el consumo, persisten narrativas de estigmatización que mantienen a la persona consumidora en una periferia social y espiritual. A ello se suma lo que las respuestas describen como un “silencio preventivo”: dificultades para hablar abiertamente del tema en asambleas y espacios de palabra debido al tabú, al juicio moral y al temor de que se confundan las prácticas de medicina ancestral con el consumo recreativo de SPA. Esta limitación en el diálogo abierto reduce la posibilidad de activar estrategias preventivas desde el pensamiento propio y coincide con advertencias sobre la baja efectividad de intervenciones que no incorporan el enfoque intercultural y el diálogo de saberes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; OPS, 2021).

En síntesis, los factores de riesgo frente al uso y abuso de SPA en el Pueblo Muisca de Bosa se configuran como un fenómeno multicausal en el que la normalización del consumo, la exclusión urbana, la fragilidad de la contención familiar, el desarraigo cultural, la estigmatización y las brechas interculturales se entrelazan de manera profunda. El análisis de los cuestionarios individuales confirma una comprensión comunitaria sólida que sitúa el consumo como síntoma

de una desarmonización estructural y no como falla individual. En consecuencia, su abordaje requiere fortalecer el territorio, la identidad, la familia y la palabra comunitaria como ejes centrales de protección y equilibrio colectivo.

3.1.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El análisis de los factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en el Pueblo Muisca de Bosa revela una estructura de cuidado fundamentada en una lógica comunitaria, espiritual y territorial, donde la salud se comprende como el equilibrio integral entre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la familia y el territorio.

Las voces de la comunidad, recolectadas en los cuestionarios, reflejan una visión integral que se distancia de enfoques biomédicos o sancionatorios, privilegiando el acompañamiento, la medicina propia y la espiritualidad como ejes centrales que fortalecen el Ser Muisca y el tejido social. Este enfoque cualitativo se ve respaldado por un consenso amplio y unánime en los datos recopilados, donde se identifica un acuerdo de casi el 100% entre autoridades, sabedores y comuneros al reconocer los daños multidimensionales del consumo y la validez de las soluciones propias.

Uno de los hallazgos más sólidos es el reconocimiento de la medicina tradicional y del rol de sabedores, parteras y médicos ancestrales como el factor protector central. Desde la palabra comunitaria se plantea que el consumo problemático debe abordarse a través de procesos de sanación espiritual y orientación desde el pensamiento propio, instando a "consultar a los médicos, parteras, sabedores y médicos tradicionales para que nos ayuden a sanar y orientar a la persona" (Neuta, 2025). Esta perspectiva, que entiende el consumo como una manifestación de desequilibrio espiritual, cuenta con un acuerdo transversal entre el 100% de los consultados, quienes posicionan a los sabedores como guías éticas y emocionales fundamentales para la juventud. Fuentes secundarias respaldan este hallazgo al señalar que la medicina propia es un pilar del sistema de cuidado que fortalece la identidad cultural frente a las SPA (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024), entendiendo la sanación como una restauración del equilibrio colectivo.

Otro factor protector fundamental es el diálogo permanente y el acompañamiento familiar y comunitario, donde la escucha activa y el consejo actúan como mecanismos para prevenir el aislamiento. Como expresa un comunero: "Diálogo y acompañamiento familiar y comunitario, hablar con ellos, escucharlos y no dejarlos solos" (Neuta, 2025). Esta cercanía afectiva se sustenta en un consenso mayoritario que identifica a la familia como el primer nivel de protección. Enfoques de salud intercultural coinciden en que el fortalecimiento de estas redes estructura el bienestar en pueblos indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). No obstante, los datos del cuestionario también arrojan una tensión cuantitativa relevante: aunque existe acuerdo en la importancia del acompañamiento, las respuestas están divididas en un 50%

respecto a la capacidad real actual de la comunidad para ejercer esta empatía sin caer en el juicio moral o la exclusión simbólica.

Complementariamente, la espiritualidad y los espacios ceremoniales propios, como el Qusmuy, emergen como lugares de armonización. La experiencia comunitaria señala: “Bueno, hemos conversado aquí con ellos, encontrándonos en el Qusmuy, haciendo oración y armonización para que la persona vuelva a su camino” (Neuta, 2025). Estos escenarios operan como dispositivos de contención que cuentan con una valoración colectiva unánime como elementos identitarios protectores. La literatura ratifica que la ritualidad actúa como un determinante social que fortalece la regulación emocional (OPS, 2017). Sin embargo, el análisis cuantitativo advierte sobre un "silencio preventivo" significativo: a pesar de que el 100% reconoce la gravedad del problema, la mayoría de las respuestas muestran que aún existen dificultades para hablar abiertamente del consumo en asambleas y círculos de palabra debido al tabú.

Finalmente, el reconocimiento de la identidad Muisca y el cuidado del territorio se configuran como factores protectores estructurales, pues se considera que "cuando uno se reconoce como Muisca y cuida el territorio, también cuida su cuerpo y su espíritu" (Neuta, 2025). Los cuestionarios muestran un alto nivel de acuerdo, al señalar que el desarraigo cultural y la falta de espacios comunitarios son riesgos críticos, mientras que la identidad opera como una estructura de pensamiento que reduce la vulnerabilidad.

En conjunto, los resultados evidencian que para el Pueblo Muisca de Bosa los factores protectores frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas se sustentan en una visión integral del cuidado. La medicina tradicional, la palabra, la familia, la espiritualidad, la identidad y el territorio no operan como elementos aislados, sino como dimensiones interdependientes de un mismo sistema comunitario de protección. La prevención, desde esta perspectiva, equivale al fortalecimiento del Ser Muisca y de la autonomía cultural. Más que estrategias externas de control, el análisis confirma que las rutas más sólidas de cuidado nacen del pensamiento propio, del gobierno propio y de la activación de capacidades comunitarias ya existentes. Fortalecer estos factores protectores implica consolidar espacios de palabra, revitalizar prácticas espirituales, robustecer redes familiares y garantizar la transmisión intergeneracional de saberes, reconociendo que la protección frente al consumo de SPA se construye, ante todo, desde el equilibrio entre territorio, identidad y comunidad.

3.1.4. Análisis territorial.

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Muisca de Bosa se desarrolló en la localidad de Bosa, específicamente en los barrios San Bernardino, La Vega y La Arboleda, así como en puntos estratégicos de conexión territorial como los puentes de San José (interceptor Canoas) y el puente Getsemaní. Estos lugares fueron priorizados por la comunidad debido a su

relevancia histórica, cultural y funcional dentro del territorio ancestral, particularmente en el sector sur occidental de la localidad, donde se concentran los procesos comunitarios, prácticas espirituales y trayectos cotidianos de la población Muisca.

El territorio ancestral del pueblo Muisca de Bosa ha experimentado transformaciones aceleradas en términos ambientales y socioeconómicos que han modificado profundamente la producción y apropiación del espacio. Estas transformaciones han generado escenarios de riesgo latente frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), particularmente asociados a dinámicas de microtráfico que configuran procesos de territorialización superpuesta, es decir, en el mismo espacio coexisten distintas lógicas de ocupación y control: la del pueblo Muisca basada en la memoria, la ritualidad y el cuidado del territorio, y la del narcotráfico y las economías ilegales, fundamentadas en el control económico, la intimidación y la fragmentación del tejido social.

Por esta razón, entre los principales factores de riesgo se identifican los puentes de Getsemaní y San José que funcionan como conectores entre barrios donde se asienta la comunidad Muisca y que cruzan el río Tunjuelo. Con el paso del tiempo, estos puentes se han configurado como nodos críticos debido a la presencia constante de habitantes de calle, consumo y expendio de SPA, falta de iluminación adecuada, acumulación de residuos sólidos y escasa intervención institucional. Además, la constante ausencia de fuerza pública o vigilancia ha permitido la normalización del consumo en estos puntos generando una percepción constante de inseguridad y una exposición real de la comunidad en general a riesgos físicos y simbólicos, especialmente en trayectos cotidianos obligatorios hacia instituciones educativas, espacios laborales o centros de salud.

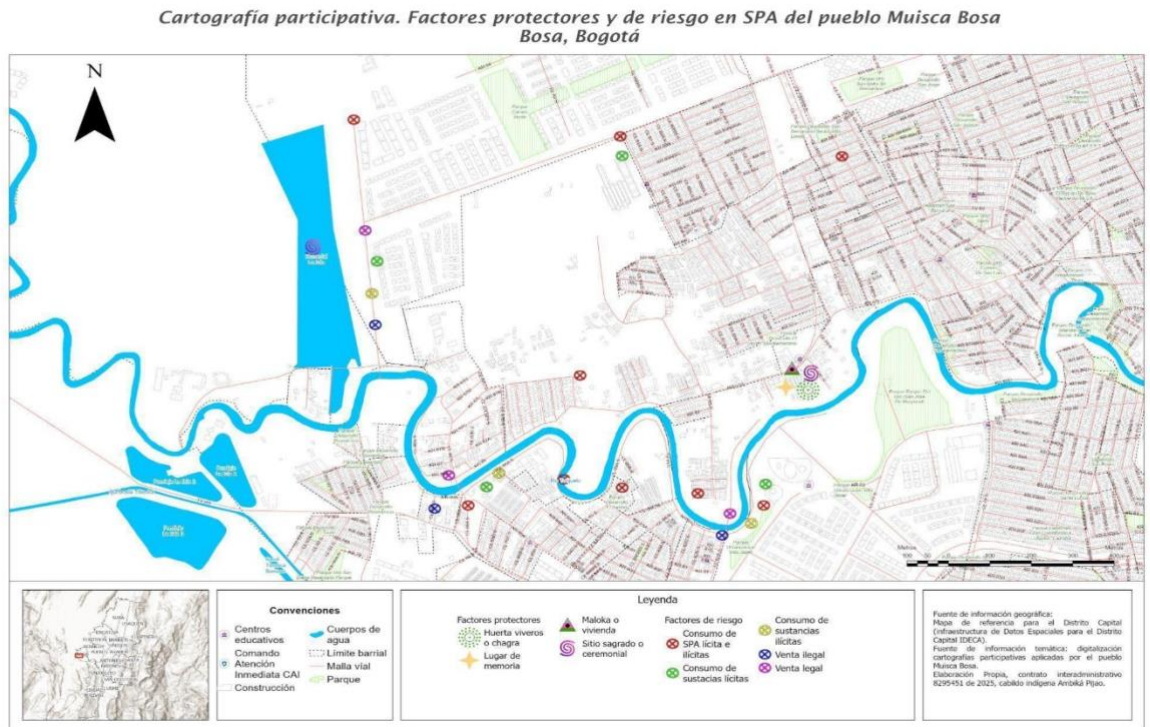
Dentro de estos puntos neurálgicos se identifica el barrio La Arboleda por ser reconocido debido a la alta presencia de venta y consumo de SPA, con constantes dinámicas asociadas al narcotráfico y episodios de violencia que inciden directamente en la vida comunitaria. Por su parte, el barrio La Vega presenta una morfología marcada por procesos de invasión de predios y falta de planeación urbanística, condiciones que han favorecido la consolidación de escenarios de venta y consumo de SPA sumados a la presión ejercida por las bandas criminales por el control territorial. Esta situación es importante si se tiene en cuenta que para el pueblo Muisca ha generado fragmentación de la historia comunitaria, debilitamiento de las formas de convivencia y transformación de los modos de vida tradicionales del territorio.

En los distintos barrios donde se asienta la población Muisca de Bosa se registra una presencia constante de consumidores de SPA ilegal en el espacio público, configurando escenarios de expendio que representan un riesgo estructural. El consumo se encuentra normalizado en puentes, zonas cercanas a cuerpos de agua, bodegas de reciclaje y alrededores de instituciones educativas, condiciones que exponen de manera permanente a niños, niñas y adolescentes, pues los senderos cotidianos hacia escuelas, colegios y actividades laborales atraviesan estos espacios reforzando la vulnerabilidad territorial.

El daño ambiental como la contaminación del río Tunjuelo, la acumulación de residuos sólidos, los malos olores, escombros e invasión de predios privados. No solo degradan el paisaje, sino que configuran escenarios propicios para la consolidación del microtráfico pues la degradación de las riberas del río y zonas de humedal generan mayor facilidad para las prácticas de expendio, afectando significativamente las prácticas culturales y espirituales del pueblo, ya que estos espacios fueron históricamente utilizados para ritualidad, juego, recolección de plantas para medicina ancestral y transmisión de saberes. La degradación territorial implica entonces una ruptura en el equilibrio entre cuerpo y territorio, debilitando la dimensión espiritual de la salud. Se suma que la exposición constante al consumo desde edades tempranas produce una afectación espiritual profunda, pues desde la cosmovisión Muisca el cuerpo y el territorio están interrelacionados simbólicamente.

Otro factor de riesgo es la pérdida y degradación de espacios ceremoniales y de transmisión cultural, pues ya no se cuenta con los mismos espacios ni con la pertenencia necesaria para tener fuerza colectiva, dejando al pueblo en mayor vulnerabilidad ante los intereses del microtráfico. En contraste, la comunidad reconoce factores protectores fundamentales anclados en su organización propia y en sus espacios sagrados. La Casa Sagrada Qusmuy se posiciona como el lugar de mayor relevancia protectora, donde se congregan miembros de la comunidad para establecer diálogos orientados a la prevención del consumo abusivo de SPA, fortalecer la espiritualidad y sostener procesos de armonización. Las huertas comunitarias y familiares se reconocen como espacios de protección, pues fortalecen el conocimiento sobre plantas medicinales, revitalizan la relación con la tierra y permiten transmitir saberes ancestrales. El gobierno propio, junto con los procesos organizativos activos en estos espacios, contribuye a la protección colectiva de la infancia, el control interno y la generación de redes de apoyo comunitario que funcionan como estrategias de resistencia frente a las dinámicas de riesgo del entorno urbano.

Figura 1. *Cartografía Participativa del Pueblo Muisca de Bosa: Factores Protectores y de riesgo de SPA.*



*Cartografía participativa. Factores protectores y de riesgo en SPA del pueblo Muisca Bosa
Bosa, Bogotá*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

Como resultado de los recorridos se obtuvieron dos mapas. En el primer mapa que tiene como eje el río Tunjuelo, se evidencia una concentración de factores de riesgo a lo largo del corredor hídrico y en los puentes de conexión San José interceptor Canoas y Getsemaní. Allí se superponen puntos de consumo de SPA legal e ilegal, expendio, microtráfico y daño ambiental. Estos nodos no están aislados: coinciden con rutas obligatorias de tránsito comunitario, especialmente hacia instituciones educativas, laborales y espacios rituales como el Qusmuy.

En el segundo mapa, el análisis se expande hacia el humedal Tibanica y barrios como San Bernardino, La Vega y La Arboleda. Aquí se observa una lógica similar relacionada con los bordes del cuerpo de agua y las zonas verdes en donde se presentan múltiples puntos de riesgo asociados a consumo y expendio de SPA, acumulación de residuos y daño ambiental. El humedal aparece como un elemento estructurante del territorio, pero al mismo tiempo como un espacio tensionado pues si bien es un referente ambiental y ancestral, su borde está permeado por dinámicas de microtráfico y consumo que transforman su función simbólica y ecológica.

Teniendo en cuenta lo anterior, ambos mapas muestran como factor constante que los cuerpos de agua (río Tunjuelo y humedal Tibanica) y sus rondas funcionan como escenarios ambivalentes al idealmente ser apropiados como territorios de memoria, ritualidad y conexión con la naturaleza, pero que en la realidad también son espacios atravesados por economías

ilegales y consumo. En contraste, los mapas también localizan factores protectores como la Casa Sagrada Qusmuy, la Maloca y las huertas comunitarias y familiares. Estos espacios aparecen estratégicamente distribuidos dentro del territorio, pero rodeados por dinámicas de riesgo evidenciando un territorio donde la comunidad sostiene nodos de resistencia cultural en medio de un paisaje urbano tensionado por microtráfico, daño ambiental y ausencia institucional, lo que permite asegurar que el riesgo se produce en la interacción entre el daño ambiental, la conectividad urbana y las economías ilegales, afectando directamente la experiencia territorial del pueblo Muisca de Bosa.

3.2. Pueblo Muysca de Suba

3.2.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Desde el Sistema de Pensamiento Propio del pueblo Muysca de Suba, las sustancias psicoactivas (SPA) se entienden como elementos químicos externos que no se encuentran arraigados a las creencias, prácticas y costumbres ancestrales. A través del "palabreo" con zaitas, sabedores y abuelos, se considera que estas sustancias generan alteraciones progresivas en el sistema nervioso central que impactan al cuerpo humano, entendido como el primer territorio. Estas afectaciones derivan en una desarmonía integral del ser, manifestándose en procesos de aislamiento, deterioro del proyecto de vida y afectaciones profundas en la salud mental y espiritual.

Los datos cuantitativos refuerzan esta interpretación cultural. El 60 % de las personas encuestadas considera que los efectos negativos del consumo de SPA impactan tanto las dinámicas individuales como colectivas. Esta percepción evidencia que el consumo trasciende la esfera privada y repercute directamente en la convivencia, las relaciones interpersonales y el equilibrio social. En términos comunitarios, el uso de estas sustancias es leído como una forma de desconexión con la tradición propia y un acercamiento a prácticas occidentales que han promovido el distanciamiento del ser humano consigo mismo y con su entorno espiritual.

Esta desarmonía puede vincularse incluso con conductas extremas; de acuerdo con la Secretaría de Salud (2023), las explicaciones sobre conductas suicidas en contextos indígenas varían desde deudas pendientes con los antepasados o energías de linajes antiguos, hasta el impacto del alcoholismo impuesto desde la colonia. No obstante, todas estas causas convergen en un punto común: el debilitamiento espiritual y físico, tanto individual como cultural. Se reafirma así que el consumo constituye un factor que profundiza los desequilibrios, afectando la manera en que el individuo se integra emocional y comunitariamente.

En este contexto, es vital diferenciar lo ancestral de lo comercial. Al respecto, Karen Triviño señala que las sustancias químicas artificiales generan una dependencia orgánica que invade todos los sistemas del cuerpo. Frente a la creencia común de que ciertas sustancias son "naturales", Triviño advierte:

Perdónenme que les desmienta, pero cuando el dealer, el jíbaro la vende, no es natural, ya ha tenido un lavado químico... se ha alimentado y se justifica el consumo obviamente porque es un negocio, pero la realidad es que eso nunca es natural. No hay un dealer que venda marihuana natural. Y de ahí para adelante, mucho menos, perico, tussi o popper. (comunicación personal, 2025)

Bajo esta lógica, se considera que el consumo suele ser un mecanismo de evasión frente a situaciones de estrés o conflictos que la persona no desea o no puede enfrentar. Estos factores se agudizan ante limitaciones en el acceso a la educación y niveles de vulnerabilidad social. El sabedor Leonardo Quintero enfatiza que la orientación familiar debe abordar no solo los psicotrópicos, sino la naturaleza de la adicción en sentido amplio (celular, alimentación, etc.), señalando que muchas veces "no hay un entendimiento de por qué lo están haciendo, porque desde esa educación desde pequeños no se enseña la realidad de la vida, a lo que estamos también expuestos: negativo, positivo, luz, oscuridad" (L. Quintero, comunicación personal, 2025).

El abordaje del pueblo Muysca revela que las sustancias, tanto legales como ilegales, buscan generar desarmonía alterando el cerebro, la personalidad y la identidad. El consumo no es solo un deseo personal de alteración de la conciencia, sino que está fuertemente influenciado por carencias económicas, afectaciones territoriales y aislamiento social. Por ello, el fortalecimiento de capacidades y la generación de espacios de formación para padres y madres son fundamentales. El objetivo es gestionar un diálogo constante que permita comprender el consumo como una dinámica que fragmenta al ser humano y lo aísla de sus prácticas sociales, familiares y culturales en el momento crítico en que está forjando su identidad.

3.2.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Los factores de riesgo en el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) pueden categorizarse en dos líneas fundamentales: aquellas que corresponden a la capacidad y decisiones del sujeto, y las problemáticas de orden social que exponen al individuo a dinámicas de consumo. Desde esta perspectiva, el consumo y el abuso se ligan a una afectación de la salud física y psicológica, entendida como un desequilibrio o quiebre entre el cuerpo y el espíritu. De acuerdo con la Secretaría Distrital de Salud (2023):

El origen de la enfermedad puede residir también en las perturbaciones generadas en el territorio, en los conflictos en la comunidad, en el abandono de las leyes dictadas por los ancestros o el descuido de la naturaleza. El ritmo de la ciudad, el estrés, los problemas económicos y la necesidad [...] son condiciones que enferman a los pueblos. (p. 150)

En coherencia con esta perspectiva, los resultados cuantitativos muestran que el 100 % de las personas encuestadas reconoce la facilidad de acceso a las sustancias, especialmente aquellas de carácter legal. Esta disponibilidad permanente configura un entorno de riesgo estructural que normaliza el consumo y reduce las barreras simbólicas y materiales para iniciar su uso. A ello se suma la identificación comunitaria de puntos de venta y consumo de SPA ilegales en algunos sectores del territorio, lo que amplía la exposición, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad social.

Estas desarmonías espirituales se manifiestan en malestares físicos y en una desconexión con los entornos sociales. La abuela Blanca Nieves, Zaita de la comunidad, advierte sobre la vulnerabilidad de la niñez y la juventud ante las "pruebas" o retos de consumo: "un día es un poquito, después es más... se les daña la vida y todo eso es lo que hay que hablar y fortalecer" (B. Nieves, comunicación personal, 2025). En la actualidad, esta exposición se torna más peligrosa debido a que las sustancias sintéticas son presentadas bajo apariencias inofensivas, como dulces, para facilitar la aceptación social en grupos juveniles.

En cuanto a la individualidad, las decisiones sobre los propios hábitos pueden responder a la curiosidad esporádica, la gestión emocional o incluso a la búsqueda de cohesión identitaria. Un ejemplo crítico es el uso de marihuana con lavados químicos, práctica que le despoja de su categoría medicinal para convertirla en SPA. Al respecto, Karen Triviño desmitifica la supuesta "naturalidad" de estas sustancias en el mercado urbano: "cuando el dealer, el jíbaro la vende, no es natural, ya ha tenido un lavado químico... se ha naturalizado el que 'no, eso es natural', pero la realidad es que eso nunca es natural" (K. Triviño, comunicación personal, 2025). Sin embargo, el análisis interpretativo de los cuestionarios permite afirmar que estas decisiones no se producen en el vacío. La falta de oportunidades educativas, laborales, recreativas y sociales, identificada como un factor de vulnerabilidad, incrementa la probabilidad de que el consumo aparezca como alternativa de escape o integración.

A pesar de que la libertad individual permite decidir de manera consciente el uso de estas sustancias, la Ley de Origen nos recuerda que ningún individuo está realmente aislado; cada persona es una puntada en un tejido entero. Por ello, el riesgo se desplaza hacia la comunidad y las problemáticas estructurales que fracturan las costumbres ancestrales en favor de las prácticas de occidente. Esta transición del campo a la ciudad marca una ruptura profunda; como relata el comunero J. Pillimuie (2025), la ciudad normaliza el consumo de sustancias como el tussi o la marihuana en entornos festivos, facilitando que la curiosidad inicial se convierta en una vinculación permanente a sustancias ajenas a la comunidad.

Así mismo, los factores de riesgo presentes en la ciudad conducen a la desarmonía y a la dependencia de sustancias químicas. Desde la cosmovisión indígena, la enfermedad se entiende como un quiebre entre el cuerpo y el espíritu provocado por perturbaciones territoriales o el abandono de las leyes ancestrales. Al respecto, la Secretaría Distrital de Salud (2023) señala lo siguiente:

El origen de la enfermedad puede residir también en las perturbaciones generadas en el territorio, en los conflictos en la comunidad, en el abandono de las leyes dictadas por los ancestros o el descuido de la naturaleza. El ritmo de la ciudad, el estrés, los problemas económicos y la necesidad [...] son condiciones que enferman a los pueblos. (p. 150)

Lo anterior, confirma que el contexto urbano se encuentra atravesado por múltiples riesgos. El 100 % de las personas encuestadas reconoce la facilidad de acceso a sustancias legales e ilegales, lo que confirma que la disponibilidad constituye un riesgo estructural permanente. La ciudad no solo facilita el acceso material a las sustancias, sino que normaliza su consumo en espacios sociales y recreativos.

Esta desarmonía territorial se suma a la falta de garantías en el acceso a derechos fundamentales. Según Niviayo (2025), el consumo responde a problemáticas estructurales como la invasión del territorio y las múltiples violencias que generan una desarmonía constante. A esto se añade la romantización del consumo en medios de comunicación y redes sociales, que, junto a la dimensión económica, configuran un escenario de exclusión. La necesidad de que los padres se ausenten del hogar por trabajo y la pérdida de medios de producción propios obligan a los comuneros a insertarse en dinámicas de dependencia y consumismo. Para mitigar estos riesgos, es fundamental promover valores de empatía y cooperación. Desde esta perspectiva, la crítica no se dirige a las sustancias en sí, sino a la adicción y a la necesidad de escape frente a realidades difíciles (L. Quintero, comunicación personal, 2025). El fomento de espacios de diálogo y educación emocional permite reconstruir los vínculos y equilibrar las aspiraciones personales con la responsabilidad social.

Finalmente, el consumo de SPA se inserta en una estructura de mercado y narcocultura donde la rentabilidad prima sobre el bienestar. Como señala J. Caíta (2025), existe toda una estructura económica que necesita del consumo para sostenerse. Por tanto, el consumo problemático no es solo el resultado de la soledad o el desequilibrio espiritual, sino la interacción entre la desigualdad estructural y las experiencias individuales. Cualquier estrategia de prevención debe, en consecuencia, abordar estas dimensiones de manera integral, reconociendo que la transformación de las condiciones de vida es indispensable para restaurar el equilibrio.

3.2.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Los factores que protegen a los integrantes de la comunidad Muysca de Suba representan un reto integral que abarca las dimensiones comunitaria, social y familiar. Este proceso de protección surge históricamente desde la resistencia frente al despojo del territorio hasta la reafirmación contemporánea de la identidad originaria. En un entorno urbano que impone

tradiciones externas y afecta las creencias ancestrales, la consolidación de la comunidad depende de la capacidad de persistir en el tiempo y el lugar.

Los datos cuantitativos muestran que el 90 % de las personas encuestadas reconoce la unión familiar como el principal factor protector frente al consumo de SPA. Esta cifra no solo refleja una percepción estadística, sino una convicción cultural: la familia es el primer espacio de formación espiritual, ética y comunitaria. En coherencia con la cosmovisión Muysca, el cuerpo es entendido como el primer territorio; por tanto, su cuidado comienza en el ámbito familiar mediante el fortalecimiento de vínculos basados en el respeto, la responsabilidad y el acompañamiento constante.

La sensibilización de las familias respecto a las acciones del cabildo y las actividades comunitarias constituye, en sí misma, un acto de prevención. Al involucrar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en espacios propios, se desplaza el pensamiento hacia lo ancestral, fortaleciendo la identidad frente a las influencias externas. Aunque la interculturalidad ejerce presión, la participación en el semillero de guardia o en las danzas actúa como una estrategia de prevención indirecta. Según J. Cabiativa (comunicación personal, 2025), estas dinámicas evitan el acercamiento al consumo desde la formación y el incentivo de la cultura propia.

En las dinámicas urbanas actuales, la búsqueda constante de estatus y la lógica competitiva generan desequilibrios que afectan la cohesión comunitaria. La prioridad otorgada a la acumulación de bienes materiales provoca una desconexión emocional y social que impacta la calidad de vida. Esta situación se agrava con la expansión de la ciudad sobre el territorio Muysca; Gaitán (2024) afirma que los procesos occidentales han fracturado las dinámicas de comunicación familiar, dejando a los jóvenes sin el acompañamiento necesario y exponiéndose al consumo de sustancias psicoactivas bajo la influencia de sus pares.

Finalmente, la protección del Pueblo Muysca se fundamenta en el reconocimiento del territorio como columna vertebral de la comunidad. El cuidado de la madre tierra integra lo espiritual, lo físico y la palabra. En esta línea, la Organización Nacional Indígena de Colombia (2022) señala que la misión de las comunidades indígenas no es la propiedad, sino la protección del resguardo. Este principio implica que cada integrante asuma el territorio como extensión de su propio cuerpo, reforzando la idea de que la armonía territorial es condición para la salud individual y colectiva.

En síntesis, los factores protectores en el Pueblo Muysca de Suba se sustentan en la unión familiar, la participación comunitaria y la reafirmación cultural, mientras que los factores de riesgo emergen de la presión urbana, la facilidad de acceso a sustancias y las transformaciones estructurales que fracturan el tejido social. La prevención, por tanto, no puede limitarse a la prohibición del consumo; debe orientarse a fortalecer la identidad, recuperar las tradiciones y transformar las condiciones sociales que generan desarmonía. Solo desde esta integralidad será posible consolidar la persistencia cultural y el equilibrio espiritual del pueblo Muysca en el contexto urbano contemporáneo.

3.2.4. Análisis territorial

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Muysca de Suba se desarrolló en una gran zona de la localidad de Suba, que abarcan distintos barrios y unidades territoriales propias (ATA QUYCA) como ellos mismos les llaman. El recorrido y la lectura territorial se realizaron sobre un territorio extenso que une diferentes puntos identificados a través de la memoria, la espiritualidad y las prácticas comunitarias. Dentro de estos puntos se destacan barrios, parques, plazas de mercado, CAI y rondas de agua.

Entre los lugares relevantes para el ejercicio identificados por la comunidad se encuentran sectores como Lagos de Suba, la Plaza de mercado El Rincón, el Parque Amberes, y barrios como Manuelita, Jordán, Naranjos Altos, Ciudad Hunza, Aures y Costa Azul, así como referentes de alta circulación como el Portal de Suba, la Estación 21 Ángeles y la Huerta de los abuelos. De manera particular, se destaca la ronda del Humedal Tibabuyes como un eje estructurante del territorio, tanto por su valor ambiental como por su significado espiritual y cultural. Reconociendo la presencia del pueblo Muisca no se concentra en un solo lugar, sino que se distribuye en diferentes sectores.

El recorrido territorial realizado se concibe como una acción orientada a alimentar el espíritu, agradecer a Hicha Guía (Madre Tierra) y reconocer los lugares donde se manifiestan tanto el equilibrio como la desarmonía para el pueblo, generando que el territorio no se entienda únicamente como un espacio físico sino como un ser vivo, capaz de enfermar o sanar a la comunidad dependiendo de su estado y de la relación que se establezca con él. Bajo esta concepción y teniendo esta relación presente, el pueblo Muisca pudo seleccionar territorios clave para identificar áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo, con base en sus experiencias previas de reconocimiento territorial y las dinámicas y relaciones que tienen con su espacio.

Uno de los ejes centrales del ejercicio es el Humedal Tibabuyes, reconocido por la comunidad como un territorio sagrado, fundamental para la armonización espiritual, la salud colectiva y la relación con la Madre Tierra. Lo resaltan porque en este espacio el pueblo realiza caminatas, rituales, ofrendas, pagos y ceremonias orientadas al cuidado del cuerpo, el espíritu y el territorio pero se está viendo afectado por dinámicas nocivas que están generando factores de riesgo, como lo son la presencia de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la inseguridad, los habitantes de calle, los continuos robos y algunas restricciones de acceso impuestas por entidades externas, generando miedo, limitando el uso comunitario del espacio y reforzando la percepción de despojo territorial.

Uno de los ejemplos que más resaltan es el del barrio El Laguito donde se ha evidenciado consumo de SPA en parques, en la ronda del humedal y en canchas deportivas. Asimismo, se señala la cercanía de instituciones educativas, como los colegios Álvaro Gómez Hurtado y Gonzalo Arango, así como el Jardín infantil Aures, a zonas donde se presentan riesgos por

consumo exponiendo de manera cotidiana a niños, niñas y adolescentes a dinámicas de consumo e inseguridad.

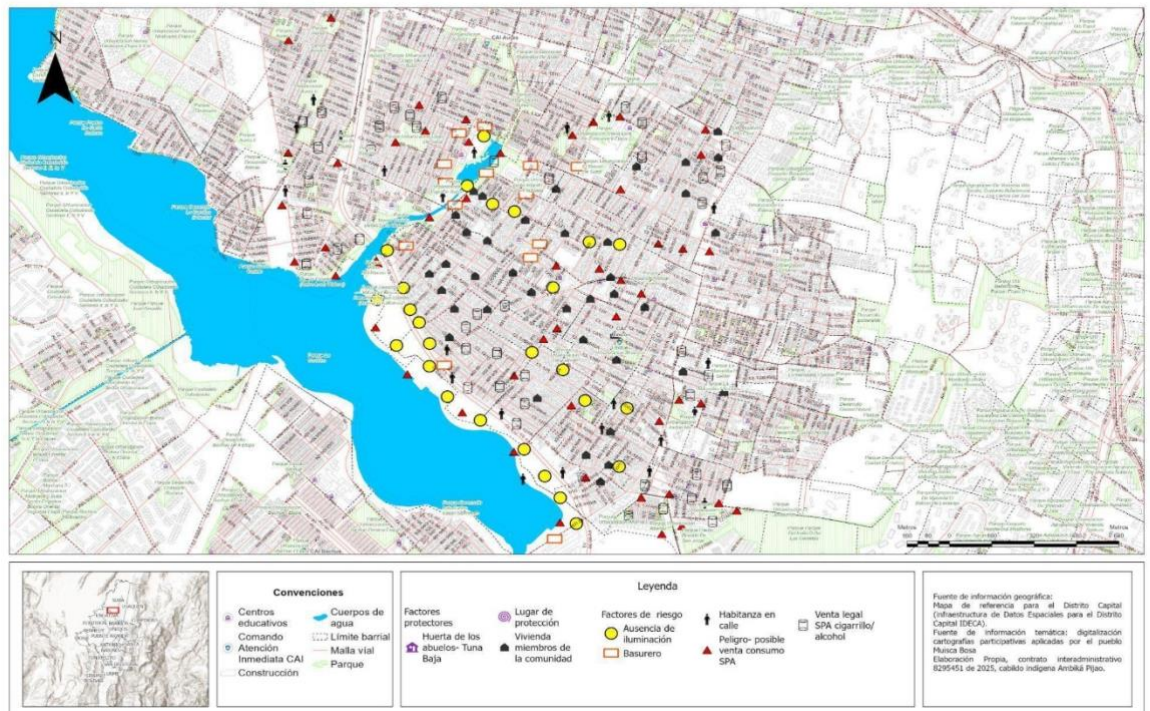
El mapa elaborado por la comunidad muestra que el consumo de SPA y otros factores de riesgo se concentran especialmente en bordes como rondas de quebradas, parques colindantes al humedal y zonas de transición entre áreas verdes y sectores urbanizados. Además, se identifican múltiples puntos de riesgo en barrios como Tuna Alta, Tuna Baja, El Rincón, Corinto, El Laguito, Aures, Bilbao, Ciudad Hunza, Manuelita y Naranjos Altos, así como en espacios de alta circulación como el Portal de Suba y la Estación 21 Ángeles. Estos lugares se caracterizan por la falta de iluminación, la acumulación de basuras, la venta de licor y la presencia de actores externos, condiciones que incrementan la vulnerabilidad territorial.

Frente a estos escenarios de desarmonía, el pueblo Muysca de Suba sostiene espacios protectores anclados en la medicina tradicional y la espiritualidad como la Casa de la caqui zaita Blanca Nieves la cual se identifica como un lugar central para la atención en salud propia, la realización de ceremonias y el acompañamiento a personas con consumo problemático de SPA mediante prácticas de sanación, el uso de plantas medicinales y el tabaco ritual. De igual forma, la Huerta de los abuelos aparece como un espacio de memoria, aprendizaje y cuidado, donde se fortalece el vínculo con la tierra y se transmiten saberes ancestrales.

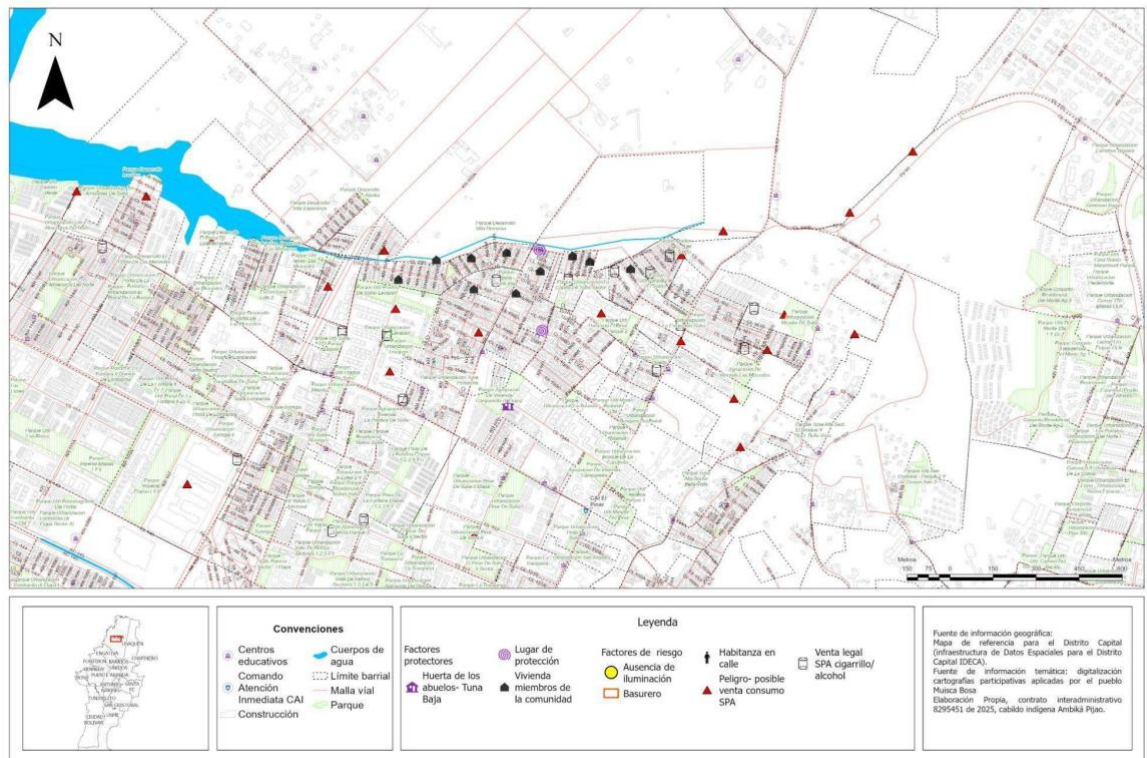
Desde la mirada Muisca, la salud se concibe como un estado de equilibrio entre el cuerpo, la comunidad y el territorio. En este sentido, el consumo de SPA no se entiende como un problema individual aislado, sino como una expresión de desarmonía territorial, asociada a la urbanización de territorios ancestrales, la fragmentación del espacio comunitario y el debilitamiento del vínculo espiritual con la tierra.

Figura 2. Cartografía Participativa del Pueblo Muisca de Suba: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.

*Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Muisca Suba.
Aures-El Rincón, Suba, Bogotá*



Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Muisca Suba. Portal de las Mercedes, Suba, Bogotá



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía realizada busca identificar qué lugares de posible venta y consumo de SPA, venta legal de licor y cigarrillo y presencia de habitabilidad en calle están presentes en las zonas de importancia para el pueblo Muysca de Suba, especialmente en sectores donde se concentra una gran cantidad de viviendas de la comunidad y que forman parte de sus ATA QUYCA. El mapa permite evidenciar los puntos se distribuyen de manera dispersa por el barrio y que factores como los basureros, la ausencia de luminarias y la presencia de habitantes de calle incrementa la vulnerabilidad porque facilita la permanencia y reproducción de dinámicas de consumo.

En barrios como El Laguito, Tuna Alta, Tuna Baja, Corinto, Aures, Bilbao, Ciudad Hunza, Manuelita y Naranjos Altos, el mapa muestra una red densa de puntos de riesgo próximos a instituciones educativas como los colegios Álvaro Gómez Hurtado y Gonzalo Arango y el Jardín Infantil Aures, lo que implica una exposición cotidiana de niños, niñas a entornos de consumo e inseguridad. Desde la cosmovisión muisca, esta configuración espacial no se interpreta únicamente como un problema urbano, sino como una manifestación de desarmonía territorial atravesada por la alteración en el humedal y sus rondas, produciendo una afectación

directa al vínculo con la Madre Tierra (Hicha Guaia) y a la posibilidad de mantener prácticas comunitarias de cuidado. En este sentido, la cartografía no solo identifica puntos críticos, sino que evidencia cómo el riesgo se construye en la interacción entre urbanización, fragmentación territorial y debilitamiento del tejido espiritual, afectando simultáneamente cuerpo, comunidad y territorio al estar cercano a puntos sagrados como la huerta de los abuelos y las viviendas de la comunidad.

3.3. Pueblo de Los Pastos

3.3.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Desde la palabra que nace del territorio y de los recorridos compartidos, los comuneros del Pueblo Indígena de los Pastos comprenden que el consumo de sustancias psicoactivas no se limita a una práctica individual, sino que remite a afectaciones profundas que comprometen el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y la relación con el territorio. En el pensamiento propio, la persona y el territorio están estrechamente ligados, por lo que el estado de uno se refleja necesariamente en el otro. Al caminar los espacios comunitarios tales como parques, *chagras* y caminos, no sólo se observa lo visible, sino que se percibe la armonía o desarmonía territorial que atraviesa el lugar.

En coherencia con esta cosmovisión, se reconoce mayoritariamente que el consumo genera impactos negativos en la mente y el cuerpo, pero también se comprende como un desequilibrio del espíritu y una ruptura del buen vivir. Más del 90% de los participantes identifican afectaciones en la salud física, mientras que un 67% señala que estas prácticas desarmonizan las emociones y el espíritu. De igual manera, un 73,33% reconoce dificultades en la convivencia y en las relaciones de reciprocidad, que son pilares fundamentales de la vida colectiva.

Los recorridos territoriales evidencian que el consumo no aparece de forma aislada, sino que se enraíza en procesos sociales y espirituales no atendidos. Escenarios destinados al encuentro y la palabra compartida hoy reflejan prácticas que alteran la tranquilidad colectiva; específicamente en el contexto urbano, se han identificado parques y lugares para la infancia convertidos en escenarios visibles de consumo. N. Goyes (comunicación personal, 2025) señala que estos espacios, que deberían ser para la comunidad y los niños, están siendo utilizados para prácticas que generan inseguridad y temor, evidenciando un debilitamiento del cuidado colectivo del territorio.

Asimismo, se identifica una insuficiencia en los procesos de atención, pues la respuesta institucional suele centrarse en lo físico, dejando de lado el acompañamiento emocional y espiritual esencial para el pueblo Pastos. N. Mueses (comunicación personal, 2025) refiere que, aunque se brinda atención médica, el manejo de la salud mental sigue siendo limitado. En este sentido, existe una distinción clara entre las plantas medicinales ancestrales utilizadas para la

armonización y las sustancias externas como la marihuana comercial o el b6xer, que alteran el pensamiento y rompen el equilibrio entre la persona y la comunidad.

Aunque gran parte de la comunidad ve el consumo como un problema de salud, persisten tensiones con miradas de estigmatizaci6n que afectan los principios de solidaridad y acompa1amiento. En s6ntesis, el consumo de sustancias se entiende como una expresi6n de la p6rdida de armon6a territorial y el debilitamiento del tejido social. Su abordaje, por tanto, no debe centrarse en la sanci6n, sino en el fortalecimiento del cuidado comunitario y la recuperaci6n de espacios colectivos, articulando los saberes ancestrales con los institucionales para restablecer el equilibrio integral.

3.3.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

A partir de los espacios de di6logo comunitario, los c6rculos de palabra y las mingas de pensamiento realizados con el Pueblo de los Pastos, se identifican diversos factores de riesgo que inciden en el inicio y el uso problem6tico de sustancias psicoactivas (SPA). Estos factores responden a una l6gica multifactorial e integral, donde el consumo no se entiende como una conducta aislada, sino como una expresi6n de desarmon6as profundas que afectan el equilibrio del cuerpo, el pensamiento y el esp6ritu. En este sentido, la interacci6n de dimensiones estructurales, socioculturales y territoriales genera escenarios de vulnerabilidad, especialmente en ni1os, ni1as y j6venes que habitan el contexto urbano.

Desde la dimensi6n estructural, la desigualdad social y la precariedad econ6mica constituyen factores de riesgo significativos que se ven agravados por las barreras persistentes en el acceso a servicios de salud mental. Durante los di6logos comunitarios, se reiter6 la dificultad para obtener apoyo emocional o psicol6gico oportuno; A. Erira (comunicaci6n personal, 2025) se1ala que las trabas administrativas generan una sensaci6n de abandono institucional y una atenci6n fragmentada que no reconoce las particularidades culturales del pueblo. Esta percepci6n se articula con datos cuantitativos donde el 60% de los participantes identifica la falta de oportunidades laborales y educativas como un factor que debilita los proyectos de vida y el sentido de pertenencia. De acuerdo con la Organizaci6n Mundial de la Salud (OMS), la pobreza y el estr6s social act6an como detonantes que profundizan estas problem6ticas, especialmente en poblaciones que enfrentan discriminaci6n e invisibilizaci6n de sus saberes ancestrales.

En el 6mbito de la dimensi6n sociocultural, el principal riesgo reside en el debilitamiento del tejido comunitario y la p6rdida de pr6cticas culturales. El 66,66% de las personas encuestadas identifica que la ausencia de mingas, rituales y encuentros espirituales debilita los procesos de prevenci6n. A diferencia del territorio ancestral, en la ciudad la facilidad de acceso y la normalizaci6n del consumo en entornos educativos y sociales incrementan la vulnerabilidad. La presi6n social y el deseo de integraci6n llevan a que cerca del 80% de los j6venes se expongan a din6micas donde el consumo es aceptado, generando tensiones con el arraigo cultural propio. A esto se suma la descontextualizaci6n de las plantas ancestrales, las cuales, al ser empleadas sin

la guía de sabedores, corren el riesgo de ser equiparadas erróneamente con sustancias procesadas, desvirtuando su valor medicinal.

Respecto a la dimensión personal y del ciclo vital, se identifican riesgos asociados al choque cultural que experimentan quienes migran a la ciudad. Como señalan Mendoza y Posada (2017), el desconocimiento de los valores indígenas por parte del entorno occidental genera sentimientos de soledad, desarraigo e incertidumbre. Las dificultades en la comunicación familiar y los conflictos internos son reconocidas por el 86,66% de la comunidad como condiciones que facilitan el inicio del consumo. Desde la medicina propia, este proceso se comprende como un desequilibrio integral que se manifiesta en la pérdida de sentido y la desconexión con la palabra y los principios de vida del Pueblo Pastos.

Finalmente, desde la dimensión territorial, el desplazamiento y la ruptura con el territorio de origen generan impactos profundos en el equilibrio espiritual. La lejanía de los espacios sagrados, de la familia extensa y de la medicina tradicional debilita los mecanismos comunitarios de cuidado. El 80% de los participantes reconoce que la falta de espacios propios y la insuficiencia de redes de apoyo institucional incrementan el riesgo, dejando vacíos que son llenados por dinámicas externas del contexto urbano, donde predominan las economías ilegales y la oferta constante de sustancias químicas. Esta ruptura territorial vulnera la identidad colectiva, especialmente cuando se pierde la relación armónica con la madre tierra y los referentes de autoridad ancestral.

3.3.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

De manera paralela al reconocimiento de los riesgos, la comunidad del Pueblo Indígena de los Pastos identifica múltiples factores protectores que, históricamente, han permitido salvaguardar la vida y el equilibrio frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Estos factores se entienden como prácticas, saberes y relaciones que sostienen el buen vivir, el caminar recto y el respeto por la palabra ancestral, permitiendo mantener la armonía entre el cuerpo, el pensamiento, el corazón y el espíritu.

Desde la dimensión estructural, se destacan los espacios de participación promovidos por el Cabildo y las organizaciones propias, tales como los círculos de palabra, las mingas y los procesos organizativos. Estos escenarios fortalecen el diálogo intergeneracional y la orientación desde la medicina tradicional, permitiendo que niños, jóvenes y adultos encuentren referentes claros para la prevención de desarmonías. El acompañamiento en salud mental, cuando se desarrolla bajo un enfoque diferencial e intercultural, es valorado como un apoyo fundamental. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2025), las intervenciones que promueven acciones articuladas y adaptadas a las realidades locales son esenciales para mejorar el acceso y la respuesta comunitaria. Asimismo, la adecuación de espacios recreativos y educativos es clave, pues más del 80% de la comunidad identifica que la participación en actividades deportivas y

artísticas reduce el riesgo de consumo al fortalecer el sentido de pertenencia y el uso positivo del tiempo.

En el plano sociocultural, las prácticas ancestrales y espirituales actúan como ejes de protección que refuerzan la identidad del pueblo de los Pastos. La música propia, la danza, el tejido y los juegos autóctonos permiten expresar emociones y transmitir valores que orientan el comportamiento colectivo. Los espacios sagrados, como la Maloca, y los rituales de armonización cumplen un papel central bajo la guía de sabedores y médicas tradicionales. A. Ereira (comunicación personal, 2025) resalta que estos procesos de armonización son fundamentales para regular de manera comunitaria el acceso a las plantas sagradas, reafirmando que no son sustancias recreativas sino herramientas de sanación que requieren respeto y propósito.

A nivel personal y familiar, se identifica el acompañamiento constante del hogar como el primer espacio de cuidado. La transmisión de valores por parte de abuelos y abuelas, el respeto por el cuerpo y la vivencia cotidiana de los principios comunitarios protegen a los jóvenes frente a las presiones del entorno. La permanencia en el sistema educativo y la construcción de redes de apoyo emocional reducen la probabilidad de recurrir al consumo como una forma de escape. Contar con alguien que escuche y oriente en momentos de dificultad fortalece el criterio propio y favorece la construcción de proyectos de vida con sentido.

Finalmente, desde la dimensión territorial, los espacios sagrados y el vínculo con la tierra, el agua, el sol, las montañas y los símbolos propios, actúan como escenarios que previenen el desarraigo. El territorio se comprende como un ser vivo que provee orientación espiritual y sustento. Como se señala en las Orientaciones Técnicas para la Salud Mental en Población Indígena (2016), el reconocimiento y respeto de la cosmovisión permite establecer un diálogo intercultural que fortalezca la prevención. Reforzar el vínculo con la familia, la cultura y el territorio, incluso en contextos urbanos, es la base esencial para preservar la armonía y el buen vivir del pueblo de los Pastos.

3.3.4 Análisis territorial

El ejercicio de recorrido territorial y cartografía participativa del pueblo Pastos se desarrolló en el barrio El Listón, tomando como punto central el parque del sector, espacio donde la comunidad realiza prácticas culturales asociadas a la protección frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En este territorio, el uso del espacio alrededor de la chagra adquiere un valor fundamental, ya que se convierte en un escenario de fortalecimiento de la identidad cultural, el arraigo territorial y la construcción de salud comunitaria debido a que la chagra no es únicamente un lugar físico, sino un espacio donde se articula la memoria, la espiritualidad y el cuidado colectivo, elementos que inciden directamente en la salud mental y en la cohesión social del pueblo Pastos en contexto urbano.

No obstante, el barrio presenta dinámicas asociadas al consumo y venta de SPA que configuran escenarios de riesgo para la comunidad. La presencia de habitabilidad en calle y las prácticas de consumo en el espacio público generan tensiones que afectan los procesos de armonización contruidos por la comunidad en sus espacios considerados seguros. Estas dinámicas impactan la salud mental, la convivencia y el tejido social, ya que introducen conflictos territoriales y debilitan el control comunitario sobre los lugares de encuentro. Es aquí donde es importante mencionar que el riesgo no se limita al consumo en sí mismo, sino a la manera en que este altera la apropiación del espacio y produce fracturas en los procesos de salud–enfermedad desde la perspectiva propia del pueblo.

Frente a estos factores de riesgo, la comunidad de los Pastos posiciona como elementos protectores los procesos de memoria comunitaria vinculados al uso del espacio, la espiritualidad, el ejercicio de las autoridades tradicionales y el fortalecimiento de redes internas de apoyo. La chagra emerge como un núcleo central de protección, en tanto permite la integración intergeneracional, la transmisión de saberes y la reconstrucción simbólica del territorio ancestral en la ciudad. A través de estas prácticas, la comunidad desarrolla estrategias de prevención frente al consumo de SPA, apostando por la resignificación del espacio urbano como territorio propio.

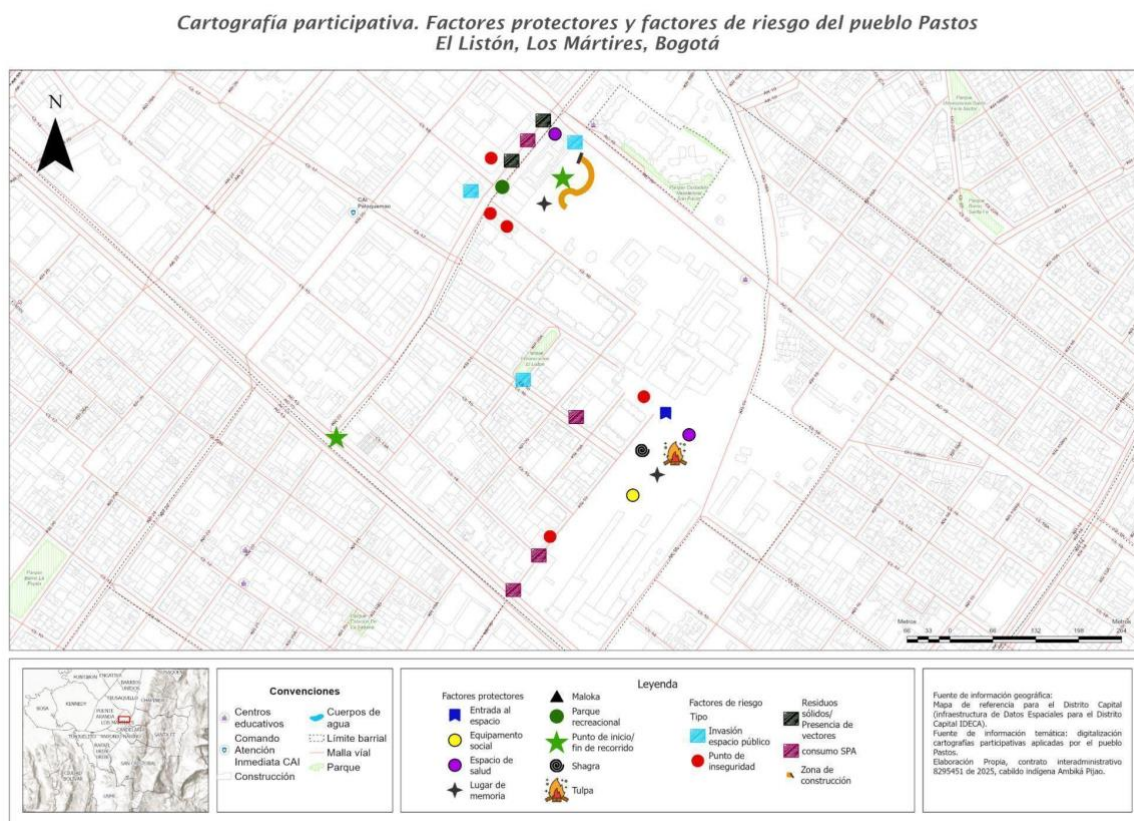
La chagra, como práctica y como espacio, permite la integración de la comunidad Pastos al constituirse en un lugar de encuentro donde confluyen la memoria comunitaria, el reconocimiento del espacio ancestral, los roles de las autoridades indígenas y las redes de apoyo. A través de esta práctica se promueve una resignificación del territorio urbano en el que se asienta la comunidad, recreando vínculos comunitarios y reduciendo simbólicamente las distancias con su territorio de origen en Bogotá. La recuperación de estos espacios y la continuidad de las prácticas culturales fortalecen la chagra como un lugar de protección, al articular la salud mental con acciones de prevención frente al uso y abuso de SPA.

En este marco, las chagras son reconocidas por el pueblo de los Pastos como un factor protector fundamental frente a las condiciones sociales asociadas al consumo de SPA. Desde allí se generan procesos de diálogo y socialización de los riesgos vinculados al uso y abuso de sustancias, consolidándose como espacios de memoria y de prevención comunitaria. No obstante, persisten factores de riesgo en el barrio El Listón, tales como la habitabilidad en calle, la venta y el consumo de SPA y la acumulación de residuos sólidos, los cuales refuerzan una percepción crítica de inseguridad en las zonas aledañas y continúan representando un desafío para el bienestar integral de la comunidad.

Esta resignificación implica un ejercicio consciente de apropiación territorial en contextos donde las dinámicas de venta y consumo de SPA son visibles y notorias. La presencia de economías ilegales y poderes hegemónicos en el barrio genera una tensión directa con las prácticas culturales del pueblo, configurando un escenario de disputa territorial. Sin embargo, mediante la activación de la chagra, las prácticas espirituales y el acompañamiento de autoridades

tradicionales, el pueblo de los Pastos fortalece procesos de cuidado colectivo que integran salud mental, identidad cultural y prevención del consumo.

Figura 3. Cartografía Participativa del Pueblo Los Pastos: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía participativa del pueblo de los Pastos identifica puntos neurálgicos de inseguridad, invasión del espacio público, acumulación de residuos sólidos, presencia de vectores y consumo de Spa así como también puntos que son referente protector como lo son la chagra, la tulpa, los espacios de memoria y los puntos de encuentro comunitario que no están territorialmente aislados de las dinámicas de riesgo sino que por el contrario, se encuentran insertos en un entramado urbano donde las actividades ilegales, los residuos y las transformaciones físicas del entorno configuran escenarios de tensión permanente.

El análisis territorial que se desprende del mapa revela que el barrio El Listón opera como un territorio en disputa simbólica y práctica, pues por un lado, la comunidad de los Pastos activa procesos de resignificación a través de la chagra, la espiritualidad y las redes de apoyo, generando micro- territorios de cuidado que funcionan como estrategias de prevención frente al

consumo de SPA pero por otro, las dinámicas de inseguridad y expendio se localizan en los mismos ejes de circulación cotidiana, lo que implica que niños, jóvenes y adultos transitan diariamente por escenarios donde el riesgo está normalizado. Esta proximidad genera impactos no solo físicos, sino también emocionales y espirituales, ya que desde la cosmovisión Pastos el territorio influye directamente en el equilibrio del cuerpo y la mente.

3.4. Pueblo Pijao – Cabildo Ambiká

3.4.1. *Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas.*

Para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao residente en Bogotá, el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) no aparece como un hecho aislado ni como una elección individual, sino como un fenómeno que surge ante el debilitamiento de los lazos familiares, comunitarios y culturales en la ciudad. Esta realidad se comprende a través del impacto de la vida urbana y la soledad de la niñez, donde las dinámicas aceleradas y las largas jornadas laborales han ido dejando a muchos guipas (niños y niñas) y guambitos (jóvenes) sin el acompañamiento cotidiano que les brindaba el territorio. Como lo expresó el comunero Jefferson Tapiero (comunicación personal, 2025), esta soledad es una herida silenciosa que empuja a los jóvenes a buscar en otros lados lo que no encuentran en casa, percepción respaldada por el 67% de la comunidad, que identifica las dificultades de comunicación familiar como un factor de riesgo central.

Desde los saberes ancestrales, el consumo también es interpretado como la manifestación de un desequilibrio espiritual y la enfermedad de la palabra. No se trata solo de un daño físico, sino de la expresión de duelos no acompañados y tristezas silenciadas que terminan por enfermar la palabra y romper el respeto, dimensiones vitales de la vida colectiva. En palabras de la sabedora Marinella Mira (comunicación personal, 2025), cuando una persona consume, se fractura la armonía familiar y social. Esta lectura coincide con lo planteado por Leal y Tapia (2018), quienes advierten que el uso de sustancias externas altera el comportamiento y la convivencia, algo que el 75% de los encuestados reconoce al afirmar que estas sustancias son ajenas a sus valores comunitarios.

Un hallazgo crítico en este proceso es el silencio comunitario como factor de riesgo. La normalización del consumo y el no abordaje de los casos por miedo o vergüenza han limitado la acción colectiva, permitiendo que el riesgo se instale sin ser nombrado. Al respecto, la autoridad indígena Pedro Lozada (comunicación personal, 2025) manifiesta que este silencio también enferma a la comunidad, dejando en evidencia una tensión estructural: a pesar de existir una percepción negativa frente a las SPA, no se identifican espacios suficientes para abordarlas abiertamente, lo que agrava la vulnerabilidad de los jóvenes.

Finalmente, resulta fundamental la distinción entre medicina ancestral y sustancias externas. Cerca del 75% de los comuneros considera erróneo clasificar las plantas medicinales, como el tabaco ceremonial, los baños y las limpias, dentro de la categoría de SPA. El Gobernador Luis Enrique Tapiero Yate (comunicación personal, 2025) enfatiza que este lenguaje técnico no recoge el sentido espiritual y cultural de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao. Esta postura dialoga con Posada-Zapata y Mendoza-Ríos (2017), quienes señalan que las plantas tradicionales poseen un significado sagrado orientado a la sanación integral, diferenciándose radicalmente del consumo de sustancias procesadas que solo generan desestructuración individual y colectiva.

3.4.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para profundizar en la comprensión de la realidad de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao en Bogotá, es necesario examinar cómo las dinámicas urbanas no solo presentan peligros externos, sino que socavan los cimientos mismos de su organización social y espiritual. El análisis de los factores de riesgo revela una compleja trama donde lo geográfico, lo familiar y lo ancestral se entrelazan.

Un hallazgo fundamental en la interpretación comunitaria es la fractura progresiva del diálogo intergeneracional. Para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, la palabra no es un simple intercambio de información, sino un principio de orientación, regulación y cuidado que sostiene el orden social. Cuando los jóvenes dejan de escuchar a los mayores, se produce un vacío cultural que facilita la entrada de prácticas desequilibrantes. Como bien señala la sabedora Marinella Mira (comunicación personal, 2025), el desorden en el camino individual y colectivo no nace de la sustancia en sí, sino de la pérdida de la guía ancestral. Esta ruptura implica que el "gobierno propio", ejercido tradicionalmente a través del consejo y la oralidad, pierde eficacia en el control de las conductas juveniles, dejando a las nuevas generaciones a la deriva en un entorno de valores ajenos.

La ciudad de Bogotá es leída colectivamente como un escenario de riesgo estructural. A diferencia del territorio ancestral, donde la naturaleza y la comunidad cumplen funciones reguladoras y de contención, el entorno urbano fragmenta las redes de cuidado. La Autoridad Tradicional Roso Morales (comunicación personal, 2025) advierte que la cercanía y facilidad para conseguir sustancias en la capital desborda los controles tradicionales. Esta transición del campo a la ciudad obliga a la comunidad a una reinvencción forzada de sus estrategias de protección, en un contexto donde el anonimato urbano debilita la vigilancia comunitaria y la presión del entorno ciudadano es constante y agresiva. Los factores de riesgo se potencian mutuamente en contextos de soledad. La vida acelerada y las largas jornadas laborales en Bogotá han instaurado una "soledad obligada" para guipas (niños) y guambitos (jóvenes). Al no haber presencia adulta constante, se pierde la palabra orientadora cotidiana. El cuestionario refuerza esta tesis: el 67% de los integrantes identifica las fallas en la comunicación y convivencia familiar como el principal detonante que empuja a los jóvenes a buscar refugio en sustancias externas.

Asimismo, el debilitamiento de la palabra conlleva a que conceptos vitales como el Chiri y el Chahuá (referentes de equilibrio y desequilibrio térmico y espiritual en la cosmovisión Pijao) dejen de transmitirse. Cuando el joven desconoce qué significa estar en equilibrio según su propia cultura, el consumo deja de verse como un "pecado" o desarmonía y pasa a ser una práctica trivial. El 92% de la comunidad coincide en que esta pérdida de prácticas culturales es lo que realmente eleva el riesgo, pues se pierde la noción de salud como equilibrio integral del cuerpo (comunicación personal, 2025).

Finalmente, la normalización del consumo en entornos urbanos se hace evidente en los recorridos territoriales, como los realizados alrededor del Centro de Desarrollo Comunitario del barrio Virrey Sur. La presencia cotidiana y visible del consumo en espacios públicos, sin una reacción social aparente, erosiona las barreras simbólicas de protección. Esta naturalización del fenómeno reduce la percepción del riesgo; si el consumo es parte del paisaje diario, el adolescente indígena asimila esta conducta como una norma del entorno. Esta percepción de "normalidad" se complementa con el dato cuantitativo del cuestionario: un 75% de los comuneros afirma que el acceso a las sustancias es sumamente sencillo una vez que se sale de los espacios protegidos del Cabildo, lo que confirma que la ciudad actúa como un ecosistema que facilita la experimentación y la dependencia.

3.4.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

De manera complementaria al análisis de las desarmonías, el proceso permitió reconocer los factores protectores que permanecen vivos y se resignifican en el entorno urbano de Bogotá. Estos se comprenden como el conjunto de prácticas y saberes que blindan la identidad y el bienestar de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao frente a las amenazas externas.

El acompañamiento familiar y comunitario fue identificado como uno de los principales pilares de protección. Sin embargo, en la cosmovisión Pijao, no es cualquier estructura familiar la que protege, sino aquella donde la familia está en red con el Cabildo y con las prácticas ancestrales. En este tejido, las madres cumplen una función de puente esencial: ellas son quienes convocan y aseguran la presencia de los niños en los espacios de pensamiento. De acuerdo con la sabedora Marinella Mira (comunicación personal, 2025), la familia protectora es donde circula la palabra, donde los padres orientan y las abuelas transmiten saberes mientras tejen. Esta percepción cualitativa se respalda con datos del cuestionario individual, donde un 75% de las personas señaló que la unidad familiar aporta directamente a la prevención, mientras que un 92% reconoció el valor de las actividades culturales y deportivas como escudos ante el riesgo.

La sabedora identifica al Cabildo como un punto seguro en medio de la ciudad, un escenario donde la comunidad puede reconocerse y fortalecer su identidad colectiva. El Cabildo Ambiká Pijao funciona como un espacio de juntanza, permitiendo que los guipas y guambitos ocupen su mente en actividades con sentido cultural como el tejido, la danza y la música. Desde una perspectiva psicosocial, este entorno ofrece un anclaje identitario que previene que los jóvenes busquen pertenencia en grupos de consumo. Además, el Cabildo permite la activación del MAI (Modelo de Salud Propio), mediante el cual los mayores visitan los hogares para armonizar, realizar limpiezas y cambiar la energía de las familias que atraviesan momentos de desequilibrio.

El Círculo de la Palabra se reafirmó como una práctica ancestral fundamental para la prevención. Este espacio de escucha y respeto permite que la palabra del mayor sea recibida

como guía, lo que fortalece la confianza y facilita la búsqueda temprana de ayuda ante el dolor o la tentación del consumo. Como indica Marinella Mira (comunicación personal, 2025), el simple hecho de sentirse escuchado en el círculo inicia un proceso de sanación. Este modelo se articula con la medicina ancestral y la espiritualidad, las cuales abordan los desequilibrios desde el equilibrio entre cuerpo, mente, espíritu y territorio. Esta mirada integral coincide con lo planteado por Aguilar-Peña, Tobar Blandón y García-Perdomo (2020), quienes sostienen que la salud indígena depende de esta armonía cuádruple; su ruptura es, precisamente, lo que abre la puerta a la desarmonía del consumo problemático.

Finalmente, se identificó el orgullo identitario como un factor protector de gran potencia emocional. Cuando los jóvenes conectan con su historia, con sus raíces en Natagaima y con su linaje, desarrollan un criterio propio que los protege de las presiones urbanas. La lideresa Sandra Totena (comunicación personal, 2025) enfatiza que este orgullo no se construye con discursos, sino participando activamente en el tejido, la danza y la escucha de historias. Este sentido de pertenencia se complementa con la medicina ancestral y el uso de plantas medicinales, prácticas documentadas por Mendoza et al. (2021) como métodos de sanación física y espiritual que la comunidad diferencia radicalmente del consumo de sustancias químicas externas. Al estar orgulloso de su cultura, el joven Pijao reconoce en la medicina un camino de vida y en la sustancia externa un camino de desecho de su identidad.

3.4.4. Análisis territorial

El primer ejercicio de cartografía participativa del pueblo se desarrolló en la localidad de Usme en el marco de un recorrido territorial que el equipo indígena denominó “Compartiendo con Bota Ima” para permitirse reconocer el territorio que actualmente rodea y acoge a su comunidad, con el propósito de identificar y revitalizar lugares importantes en tanto los factores de riesgo como los protectores. Desde esta lectura, el territorio lo entienden como un espacio donde se expresa el equilibrio o la afectación de la vida comunitaria y donde los lugares son valorados por su impacto en el bienestar físico, social y espiritual.

Dentro de los lugares priorizados, el equipo identifica la quebrada Fucha como un punto relevante para comprender los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) pues es percibido como inseguro para la comunidad debido a la presencia de robos y situaciones de consumo de SPA, lo cual genera un ambiente de riesgo y desarmonía que puede propiciar escenarios de violencia, inseguridad y deterioro de las relaciones comunitarias. Para el pueblo Ambiká Pijao, la quebrada es comprendida como un lugar de vida porque por ella circula el agua y se sostiene el equilibrio del territorio; sin embargo, el documento indica que actualmente se encuentra afectada por contaminación que junto con condiciones territoriales específicas como la presencia de roedores y vectores y la poca iluminación genera desarmonía

en la casa cabildo. En este sentido, la quebrada Fucha es descrita como un lugar donde se expresa una tensión entre vida y desarmonía: un territorio que debería ser de cuidado y equilibrio, pero que hoy demanda atención para sanar tanto en el plano físico como en el espiritual.

Como parte del desarrollo del recorrido y del registro territorial, el equipo visitó la CPI – Jardín Infantil El Virrey (Casa de pensamiento Semillas Ambiká Pijao), ubicado en la localidad de Usme, UPZ Santa Librada, barrio Santo Librada, en la dirección Calle 81 Bis Sur #1G Este – 11. Señalan que este jardín cuenta con una infraestructura en buen estado y su distribución es adecuada y está en buena forma para cumplir con su propósito. En el entorno de este lugar el documento señala que no se evidenciaron situaciones que representaran riesgos asociados al consumo o expendio de SPA en sus inmediaciones. Por el contrario, se describe como un espacio que puede leerse como protector, al promover la continuidad educativa, el acompañamiento y un ambiente regulado. Territorialmente, este entorno es descrito como completamente urbano, con calles pavimentadas, accesos cómodos, condiciones de limpieza, iluminación adecuada y vegetación ordenada. En el nivel barrial se registran dinámicas económicas pequeñas como tiendas y emprendimientos familiares, sin presencia de actividades industriales alrededor.

Así mismo, el Cabildo Ambiká Pijao se identifica como un eje protector central donde se fortalece la cultura, las costumbres y la tradición, a través de actividades comunitarias y prácticas de cuidado como los procesos de transmisión de saberes y el acompañamiento intergeneracional mediante tejido, danza, música y medicina tradicional, así como rituales, limpiezas, baños, uso de plantas y tabaco. La ficha resalta también el rol de la familia y de la comunidad en el cuidado colectivo, así como la importancia de convocar y acompañar a niños, jóvenes y mujeres en actividades y talleres que refuerzan el vínculo con la palabra, la semilla y el territorio.

El segundo recorrido tomó como punto principal la Casa Cabildo Ambiká Pijao, ubicada en la localidad de Usme, UPZ Virrey, barrio Charalá, en la dirección Transversal 4F Bis #92 Sur – 24G. En el mapa, así como en la ficha, el pueblo destaca la Casa del Cabildo como punto de interés gastronómico porque allí se prepara el alimento propio bajo los usos y costumbres del pueblo describiendo a la cocina como una forma de cuidado de la vida, de sostenimiento de la memoria y de continuidad cultural en la ciudad. En términos de condiciones físicas y urbanas del punto central, la ficha describe que el cabildo se ubica en una zona completamente urbana con vías pavimentadas y accesos amplios para peatones y vehículos y que está compuesto por una vivienda de tres pisos con terraza cubierta y un nivel subterráneo, con buen estado de conservación y señalización visible.

En los lugares recorridos, la ficha incluye la observación del caño y el parque Famaco, continuando por este eje hasta llegar al Centro de Desarrollo Comunitario Julio César Sánchez (CDC). Posteriormente se avanzó hacia el Colegio Los Comuneros Oswaldo Guayazamin I.E.D. Sede A (Cra. 4G Este #94A–23 Sur) y al salón comunal de la Junta de Acción Comunal del barrio Comuneros finalizando en la Carrera 5 Este (vía al Llano). El más relevante de estos es el caño

que en el documento se relaciona con la quebrada Fucha que por su cercanía con el cabildo ellos lo identifican como un lugar inseguro por la presencia de robos y situaciones de consumo de SPA chocando con su concepción de la quebrada como un lugar de vida en donde circula el agua y se sostiene el equilibrio del territorio. Allí también hay presencia de roedores, vectores y poca iluminación, aumentando el riesgo para el pueblo.

La ficha también describe condiciones específicas del caño en el territorio recorrido: a pesar de que hay presencia de vegetación abundante y en la parte baja, cercana al CDC, se reporta canalización en concreto mejorando la transitabilidad y sensación de orden, en la parte alta se reporta suelo destapado sin estructuras de canalización ni control del flujo, lo que favorece acumulación de residuos y el impacto de basuras. La acumulación de basuras se presenta como un factor de daño ambiental y, a la vez, como un factor de riesgo, porque favorece la presencia de roedores y puede atraer habitantes de calle que en algunos casos son consumidores activos de SPA. Esta situación alrededor del cuerpo de agua es mayormente problemática porque desde la mirada Ambiká Pijao, se enfatiza en que el agua debe fluir limpia y en equilibrio pues cuando se estanca o se contamina, se afecta el entorno espiritual y comunitario. Por eso, este flujo hídrico se incluye como un elemento territorial relevante que incide en salud, cuidado del territorio y vida cotidiana.

En relación con el consumo de SPA, el documento ubica observaciones concretas en el entorno del CDC Julio César Sánchez. La ficha señala que se identificaron tres puntos alrededor del CDC donde jóvenes de entre 20 y 27 años, en su mayoría hombres, realizaban prácticas de consumo, aparentemente marihuana y de otras sustancias tipo “perico”. Se registra que estas prácticas ocurrían mientras transitaban por el área parejas, estudiantes, adolescentes y familias, lo que se interpreta como un indicio de normalización del consumo en este sector. También se consigna que tanto quienes consumían como quienes transitaban mostraban tranquilidad y ausencia de tensión, reforzando la idea de tolerancia social en el entorno inmediato.

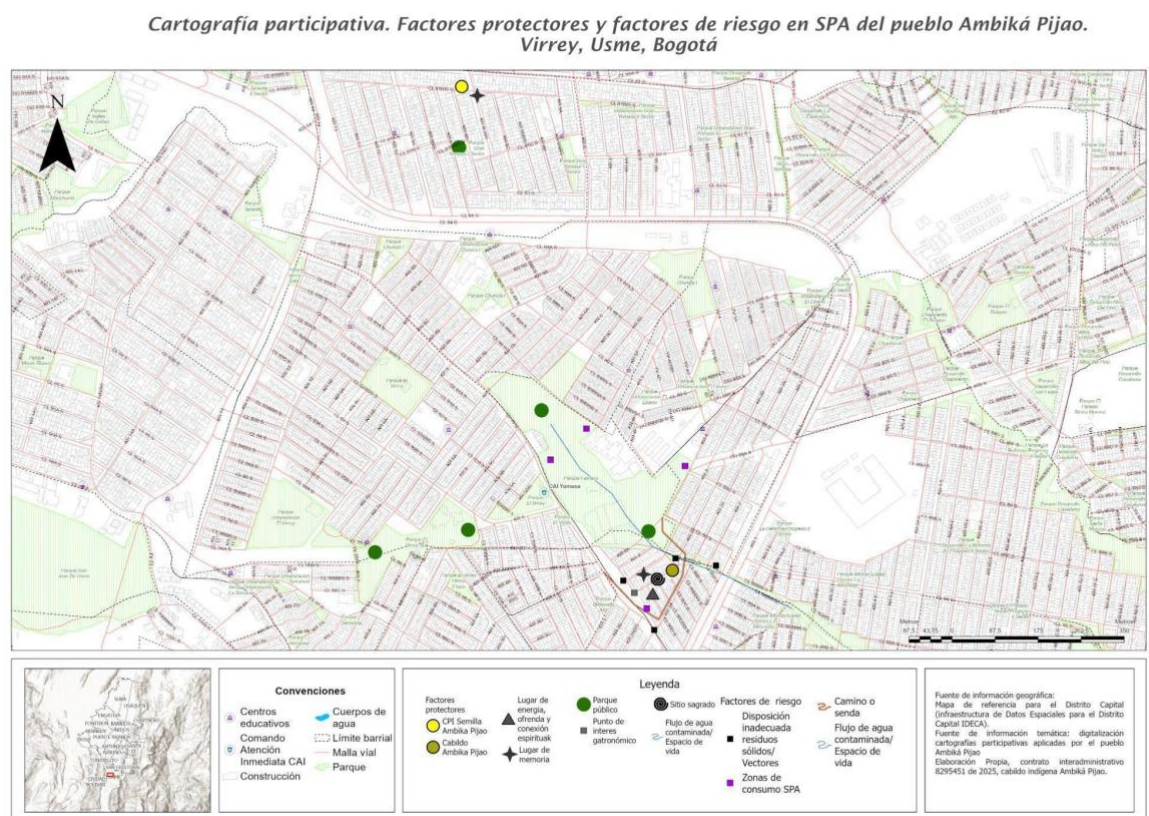
Frente a otros espacios, el salón comunal del barrio Comuneros se describe con buen acceso vehicular y peatonal, sin obstáculos físicos relevantes ni acumulación marcada de residuos y que colinda con un colegio distrital. En contraste, en los alrededores del cabildo se reportan condiciones más complejas: pendientes pronunciadas, algunas calles sin pavimentar e iluminación limitada con puntos críticos de acumulación irregular de basura, presencia de perros callejeros e indicios de vectores como roedores. Estas condiciones, sumadas a sectores de poca visibilidad y falta de control, son señaladas como escenarios que pueden facilitar el expendio y el consumo de SPA con potencial de afectación para la seguridad, la convivencia y la vida cotidiana del pueblo en el territorio.

En cuanto a las dinámicas territoriales generales, la ficha reconoce un movimiento económico constante en puntos cercanos a la Calle 91 Sur y Carrera 5 Este, con comercios pequeños en donde se resalta la presencia del Colegio Los Comuneros como referente del territorio, aun cuando se menciona que no se registran estudiantes del Cabildo Ambiká Pijao

matriculados allí. El CDC aparece allí como un elemento protector en cuanto ofrece espacios de formación no formal con talleres y actividades abiertas a la comunidad y acogiendo junto con el salón comunal, actividades del cabildo como el Festival de la Chicha y otras celebraciones comunitarias.

Como cierre, el documento reafirma que el Cabildo funciona como un espacio protector desde la organización y la transmisión de saberes además de actividades culturales, espirituales y comunitarias, la presencia de mayores y abuelas, la palabra, la escucha y las prácticas de armonización como formas de sostener pensamientos sanos y cuidar el equilibrio lo que les permite generar estrategias de cuidado colectivo y de prevención ancladas en su vida organizativa y espiritual.

Figura 4. Cartografía Participativa de la Comunidad Indígena Ambiká Pijao: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La Comunidad Indígena Ambiká Pijao identifica en la cartografía elementos de riesgo como lo son puntos de consumo de SPA y de disposición inadecuada de residuos cercanos a la casa cabildo, además de un tramo de la quebrada aledaña en condiciones de contaminación. El mapa permite observar que estos puntos no se encuentran dispersos al azar, sino que se concentran especialmente en el eje que articula la Casa Cabildo, el caño asociado a la quebrada Fucha, el Parque Famaco y el entorno del CDC Julio César Sánchez, configurando un corredor territorial donde confluyen consumo, acumulación de basuras, presencia de vectores y tramos de agua contaminada. Esta superposición territorial implica que el principal nodo organizativo, cultural y espiritual del pueblo: la Casa Cabildo, se encuentre rodeado por dinámicas que tensionan el equilibrio comunitario como la cercanía de puntos de consumo y residuos que interfiere con la tranquilidad necesaria para las prácticas de medicina tradicional, los encuentros comunitarios y la transmisión de saberes. La contaminación del flujo de agua, representada en los tramos canalizados y en los sectores con acumulación de basuras, refuerza esta lectura de desarmonía, ya que para la Comunidad Indígena Ambiká Pijao el agua es vida y su alteración incide directamente en el plano físico y espiritual del territorio.

Así mismo, puntualiza factores protectores como sitios sagrados y de memoria estableciendo nodos de cuidado que estructuran la red territorial propia, funcionando como puntos de energía, ofrenda y conexión espiritual, además de lugares de encuentro gastronómico donde la preparación del alimento propio se asume como práctica de protección y sostenimiento de la unidad comunitaria. Los parques, por su parte, aparecen como elementos ambivalentes: algunos se ubican como zonas verdes con potencial protector por su cercanía a equipamientos comunitarios y educativos, mientras que otros, especialmente aquellos próximos a la quebrada o con baja iluminación, se asocian a consumo de SPA y acumulación de residuos. De esta manera, la cartografía evidencia que el riesgo y la protección coexisten en un mismo territorio y que el equilibrio depende no solo de la infraestructura física, sino del sentido comunitario y espiritual que la Comunidad Indígena Ambiká Pijao logra sostener frente a dinámicas urbanas que tensionan permanentemente su territorio.

3.5. Pueblo Misak – Misak

3.5.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el pueblo Misak Misak, conocidos como “la gente del agua, del conocimiento y de los sueños”, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) representa una amenaza directa al pilar de su existencia: la familia. Esta problemática no es interpretada únicamente como un fenómeno individual, sino como una ruptura del principio rector del pishintθ θsik amθnamik o “vivir en armonía”. Como señala A. Morales (comunicación personal, 2 de diciembre de 2025), el impacto del consumo trasciende al sujeto y altera simultáneamente el entorno familiar, comunitario, territorial y espiritual.

Los resultados de los cuestionarios individuales aplicados a comuneros Misak en Bogotá refuerzan esta comprensión integral. Siete de diez participantes manifestaron estar muy de

acuerdo en que las SPA afectan de manera directa la mente y el cuerpo, y que su presencia genera desarmonía familiar y alejamiento de los valores ancestrales. Este dato no solo confirma la percepción cultural ya expresada por las autoridades, sino que evidencia una conciencia colectiva del daño, inscrita tanto en el plano físico como en el espiritual. Desde la cosmovisión Misak, la alteración de la conciencia implica una fractura del equilibrio entre pensamiento, palabra y acción, base del diálogo comunitario y de la resolución pacífica de conflictos.

Dentro de esta perspectiva, el alcohol ocupa un lugar central como sustancia psicoactiva socialmente aceptada pero culturalmente cuestionada. M. Trochez (comunicación personal, 2 de diciembre de 2025) explica que el etanol, consumido en exceso bajo la aceptación social de las fiestas, afecta el sistema nervioso y otros sistemas vitales. Esta comprensión técnica se articula con lo planteado por el Cabildo Indígena de Guambia IPS-I Hospital Mama Dominga (2020), que afirma que el abuso de alcohol y otras sustancias genera desarmonías espirituales y del pensamiento. En coherencia con ello, el cuestionario revela que ocho de diez participantes consideran que el fácil acceso a las SPA constituye un factor de riesgo relevante, mientras nueve de diez identifican los entornos educativos urbanos como espacios de alta vulnerabilidad. Tales hallazgos permiten interpretar que el problema no se origina en la tradición propia, sino en la interacción con dinámicas externas que tensionan la identidad cultural.

Asimismo, el desarraigo cultural aparece como un factor determinante. Siete de diez encuestados asocian el consumo con procesos de pérdida de prácticas espirituales y debilitamiento familiar. Esta percepción dialoga con lo expresado por A. Morales (comunicación personal, 2025), quien describe el abandono de la “forma de ser”, usos, vestimenta y sentido de existencia, como una consecuencia directa del abuso. En efecto, el 80% de las personas encuestadas considera que las sustancias alejan a los comuneros de sus costumbres ancestrales, debilitando la esencia del pueblo, lo que evidencia una correlación clara entre consumo y erosión identitaria.

Un aspecto relevante es que el consumo no es legitimado como estrategia válida de afrontamiento emocional: siete de diez participantes están en desacuerdo con esta idea. Esta postura revela una ética comunitaria que privilegia el diálogo, la orientación de los mayores y la medicina tradicional como caminos legítimos para enfrentar el sufrimiento. No obstante, también se evidencia una percepción crítica frente al apoyo institucional externo, considerado insuficiente por siete de diez encuestados, lo cual plantea la necesidad de articular acciones interculturales que respeten el Derecho Mayor (FAO y Cabildo de Guambia, 2019).

Finalmente, la preocupación por la normalización del alcohol en actividades propias, como la posesión anual de autoridades, adquiere mayor densidad interpretativa a la luz de los hallazgos empíricos. Cuando la aceptación social del consumo se combina con fácil acceso y debilitamiento identitario, la norma cultural puede sobreponerse a la percepción del riesgo (Pedroza-Buitrago et al., 2020). De ahí que la mayoría de los encuestados valora positivamente la implementación de acciones correctivas y preventivas, y que exista una solicitud explícita de

trasladar el debate a las asambleas generales, buscando estrategias colectivas para restablecer la armonía.

En síntesis, los cuestionarios individuales no solo confirman las voces de autoridad y las fuentes secundarias, sino que permiten profundizar en una lectura interpretativa: el consumo de SPA es entendido como una fractura del tejido relacional que sostiene la vida Misak. Afecta el cuerpo, -territorio vivo-, la mente, -espacio del pensamiento-, la familia, -núcleo del aprendizaje- y el territorio, -dimensión espiritual colectiva-. Por ello, su abordaje no puede limitarse a la prevención sanitaria, sino que exige una acción cultural, espiritual y comunitaria orientada a restaurar el pishintθ θsik amθnamik, principio esencial del vivir en armonía.

3.5.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el pueblo Misak, la identificación de los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el contexto urbano de Bogotá no se limita a una enumeración de circunstancias externas, sino que revela una trama de desarmonías que comprometen simultáneamente la estructura familiar, la identidad cultural y la seguridad territorial. Los resultados de los cuestionarios individuales permiten profundizar esta lectura interpretativa, mostrando cómo la experiencia urbana tensiona los principios del buen vivir y del pishintθ θsik amθnamik.

La comunidad expresa una preocupación reiterada por la instalación del riesgo en el núcleo familiar. Las extensas jornadas laborales y las exigencias económicas de la ciudad reducen el tiempo para el diálogo y la orientación de los hijos. A. Tunubala (comunicación personal, 26 de noviembre de 2025) denomina este fenómeno como un “vacío afectivo”, frecuentemente llenado por la curiosidad o la influencia de amistades externas. Esta apreciación encuentra respaldo empírico: nueve de cada diez personas encuestadas reconocen la unión y la comunicación familiar como factor protector fundamental, lo que, en clave inversa, permite interpretar que su debilitamiento constituye un detonante directo del consumo. En coherencia, los participantes identifican el deterioro familiar como una de las principales condiciones de vulnerabilidad, confirmando que cuando “el papá y la mamá no están bien, el niño queda desprotegido emocionalmente” (S. Velasco, comunicación personal, 2025).

En el ámbito educativo, la percepción comunitaria es igualmente contundente. La niñez y juventud Misak enfrentan riesgos elevados en colegios y universidades donde el consumo está normalizado. Nueve de cada diez encuestados consideran que estos entornos favorecen el acceso a sustancias, mientras ocho de cada diez advierten sobre la facilidad de acceso en la ciudad. Estos hallazgos dialogan con lo señalado por Pedroza-Buitrago et al. (2020), quienes evidencian una alta percepción de disponibilidad de drogas en entornos escolares. Desde la mirada Misak, esta situación no solo representa un riesgo sanitario, sino una falla estructural en la función protectora que deberían ejercer las instituciones educativas frente a los pueblos originarios en contexto urbano.

El desarraigo cultural emerge como un factor estructural de riesgo. Siete de cada diez participantes identifican el debilitamiento de prácticas espirituales y culturales como condición que incrementa la vulnerabilidad. La pérdida de espacios como el nak chak (cocina) y el encuentro alrededor del nak kuk (fogón) fractura los escenarios tradicionales de transmisión del namui wam y del tejido, prácticas que históricamente han funcionado como dispositivos de contención emocional y afirmación identitaria. Por su parte, A. Tunubala (comunicación personal, 2025) advierte que el pensamiento de los hijos se transforma al crecer lejos de estas raíces, priorizando referentes occidentales. Este fenómeno coincide con el “choque cultural” descrito por Posada & Mendoza (2017), en el que el ser indígena se invisibiliza progresivamente ante la hegemonía urbana.

En relación con el género, los cuestionarios no evidencian diferencias marcadas en la percepción general del riesgo; sin embargo, la preocupación comunitaria se orienta hacia el consumo temprano de alcohol en mujeres jóvenes, especialmente cuando se realiza de forma oculta. Este fenómeno adquiere gravedad cuando involucra a madres jóvenes, pues compromete la protección intergeneracional. Aunque el riesgo no distingue género en los datos agregados, sí se advierte una sensibilidad cultural frente a la afectación del rol cuidador femenino dentro de la estructura familiar Misak.

Asimismo, el mal uso del tiempo libre y la falta de oportunidades en la ciudad se interpretan como factores asociados. Siete de cada diez encuestados consideran que el consumo no es una estrategia válida para afrontar problemas emocionales, lo que sugiere que la adopción de hábitos nocivos responde más a contextos de desorientación y ausencia de proyectos de vida que a una legitimación cultural del consumo. La insuficiencia de redes de apoyo institucional, percibida críticamente por siete de cada diez participantes, refuerza la sensación de desprotección en el entorno urbano.

Desde la cosmovisión Misak, la espiritualidad constituye el vínculo esencial con el agua y el territorio. La pérdida de prácticas culturales y espirituales incrementa el riesgo de consumo al debilitar la capacidad de la naturaleza y la medicina ancestral para sanar emociones negativas. Nueve de cada diez encuestados reconocen las medicinas ancestrales y las actividades comunitarias como factores protectores clave. En consecuencia, su ausencia o debilitamiento no sólo implica una pérdida cultural, sino una disminución directa de las barreras simbólicas y espirituales frente a las SPA.

Finalmente, la presencia de actores externos vinculados al microtráfico en parques, canchas y espacios públicos configura una amenaza constante. M. Yalanda (comunicación personal, 2025) describe cómo el intercambio de sustancias, camuflado en la cotidianidad urbana, convierte lugares de recreación en puntos críticos de inseguridad. Esta percepción se articula con la advertencia comunitaria sobre la normalización social del consumo, particularmente en la cercanía de cantinas y expendios de licor (D. Tombe, comunicación personal, 2026). Cuando la

norma urbana del consumo se impone, los controles culturales del pueblo Misak pierden eficacia, debilitando la capacidad comunitaria de regulación.

En síntesis, los resultados de los cuestionarios individuales permiten comprender que los factores de riesgo no operan de manera aislada, sino como un entramado que combina debilitamiento familiar, desarraigo cultural, exposición escolar, insuficiencia institucional y amenazas territoriales externas. Desde la perspectiva Misak, el riesgo se configura cuando se rompe la armonía entre familia, espiritualidad y territorio; por ello, cualquier estrategia de prevención deberá orientarse no solo a restringir el acceso a las SPA, sino a fortalecer los pilares culturales que sostienen el equilibrio integral del pueblo Misak.

3.5.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Para el pueblo Misak Misak, la pervivencia cultural y la protección frente a desarmonías como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se fundamentan en una estructura integral que une a la familia, la oralidad y el territorio. Este análisis detalla los factores protectores que permiten al pueblo "vivir en armonía" (pishintθ θsik amθnamik) incluso en contextos urbanos.

Los cuestionarios revelan la centralidad de la familia, la palabra de los mayores y la espiritualidad. Nueve de diez encuestados reconocen la unión familiar como pilar preventivo, y la totalidad (10/10) valora las enseñanzas de los mayores como elemento fundamental de contención. Estos datos confirman lo señalado por el taita Jorge Yalanda (comunicación personal, 2025), quien enfatiza la responsabilidad personal y colectiva en la revitalización de la familia, la espiritualidad y los espacios propios como garantía del buen vivir Misak

En esta línea, la familia es el espacio donde se dinamiza la identidad y se orientan los principios ancestrales para asegurar la pervivencia en el tiempo. La comunicación permanente en el hogar se identifica como el primer escudo frente al riesgo de consumo. Como señala A. Tunubala (comunicación personal, 2025), la orientación familiar es la forma más efectiva de evitar que las nuevas generaciones se inclinen hacia las SPA. Esta percepción es respaldada por datos cuantitativos, donde 9 de cada 10 encuestados sitúan a la familia como el pilar fundamental de la prevención.

Los mayores y mayoras (Shures-Shuras) son pilares de sabiduría milenaria que guían a la comunidad a través del Namui Wam (idioma propio). La oralidad se reconoce como el factor protector de mayor impacto, pues permite transmitir el mensaje de armonía incluso cuando no se cuenta con los espacios físicos tradicionales. El 100% de los encuestados ratifica que las enseñanzas de los sabedores son determinantes para que los jóvenes tomen decisiones acertadas y se mantengan alejados de sustancias que desequilibran el ser.

Las prácticas de participación colectiva, como el Alik-Minga (trabajo comunitario) en el Ya Tul (huerta), son esenciales para la gestión emocional. La interacción con la madre naturaleza en estos espacios ayuda a superar estados de tristeza o estrés que podrían derivar en consumos problemáticos. Antiguamente, los mayores enseñaban que ante cualquier desequilibrio

emocional, el camino era acudir a la huerta o al páramo para trabajar la tierra y recuperar la resiliencia (A. Tunubala, comunicación personal, 2025).

El mantenimiento de la identidad, integrando el tejido, la música propia y la escucha en el Nak Chak, es la barrera más sólida contra las SPA. Practicar los principios Misak alrededor del Nak Chak (fogón) protege el pensamiento de influencias externas. Esta perspectiva es ampliada por el Taita Jeremías Tunubala, quien valida cómo el Nak Chak es el espacio vital donde los padres ejercen el control de los procesos educativos y donde nace la autoridad ancestral. En el cortometraje “Los hijos del agua y la palabra: Misak” se refuerza que, sin este fundamento educativo familiar, las autoridades no podrían ejercer el control administrativo y territorial necesario para proteger a la comunidad de riesgos externos.

Además, la medicina ancestral es la base de la protección física y espiritual. Los médicos tradicionales actúan como guías que ayudan a recuperar el equilibrio mediante actividades de armonización. M. Arias (comunicación personal, 2025) enfatiza que la conexión con la espiritualidad es necesaria para sostenerse en el tiempo; por ello, el acompañamiento psicosocial con enfoque diferencial se presenta como la estrategia más acertada para superar las desarmonías. Del mismo modo, nueve de diez resaltan la importancia de las medicinas ancestrales y las actividades comunitarias como mecanismos de protección.

Finalmente, el pueblo Misak destaca la importancia de aunar fuerzas entre instituciones educativas y programas del Cabildo. Según las Autoridades Ancestrales (2019), esta articulación es necesaria para tomar acciones eficaces frente a la distribución de sustancias en todos los territorios. Para fortalecer la salud mental, se hace un llamado a generar espacios de recreación y habilidades para la vida que permitan gestionar tensiones sin recurrir al consumo. Juegos propios, encuentros de tejido y música se consolidan como prácticas de participación colectiva que blindan al pueblo Misak ante cualquier situación de riesgo.

3.5.4. Análisis territorial

El ejercicio de recorrido territorial y cartografía participativa del pueblo Misak se desarrolló en la localidad de Fontibón, específicamente en el barrio Casandra, teniendo como punto central la cancha del barrio. Este espacio fue definido por la comunidad como el lugar principal de observación y análisis porque se hace uso de este espacio de manera cotidiana como por las dinámicas sociales que allí confluyen. Desde el punto de vista físico y ambiental, la cancha se encuentra en un entorno urbano con vías pavimentadas y accesos peatonales directos, el terreno es plano y cuenta con zonas verdes y arbustos en sus alrededores lo que facilita que se opte como espacio de uso recreativo y deportivo. Sin embargo, durante el recorrido se identificaron condiciones de daño ambiental, especialmente relacionadas con la acumulación de residuos sólidos en puntos cercanos a la cancha y en áreas de menor visibilidad.

En términos de dinámicas territoriales la cancha es reconocida como un espacio de recreación y socialización comunitaria donde se desarrollan actividades deportivas y de encuentro, pero por otro lado también se identificó que, en determinados momentos del día, en

especial en la noche, el lugar es utilizado por personas externas al barrio para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), principalmente marihuana, así como para el consumo de alcohol. Estas prácticas se ven facilitadas por la presencia de arbustos y el poco control, lo que convierte a la cancha en un punto de riesgo para la comunidad.

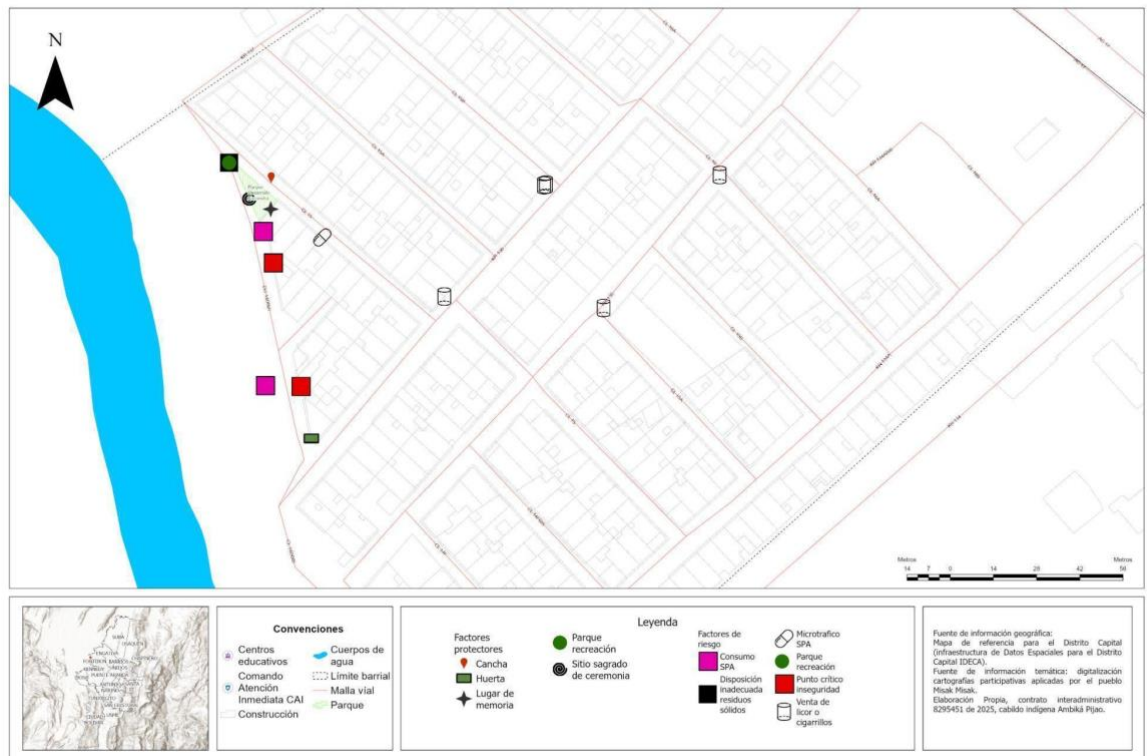
La ficha metodológica y los relatos recogidos señalan que el consumo de SPA en la cancha no es exclusivo de miembros del pueblo Misak, sino que involucra principalmente a personas ajenas a la comunidad que llegan al lugar generando preocupación, ya que la normalización del consumo en el espacio público expone a niños, niñas y jóvenes a dinámicas que afectan su bienestar y seguridad. Además, la cercanía de tiendas donde se comercializan bebidas alcohólicas incrementa la facilidad de acceso y refuerza estas prácticas, representando un riesgo latente para la comunidad. Por lo anterior, y desde la mirada Misak, estos factores de riesgo no se desprenden únicamente como problemas individuales sino como expresiones de las condiciones urbanas que atraviesan este territorio como la falta de control institucional, el daño ambiental y la escasa apropiación comunitaria del espacio en ciertos horarios.

A pesar de ello, la comunidad Misak también reconoce la cancha del barrio Casandra como un espacio con potencial protector en momentos cuando el lugar es ocupado por familias, niños y jóvenes en actividades deportivas o comunitarias ya que esta se transforma en un escenario de convivencia y uso positivo del tiempo libre. Desde esta perspectiva, la presencia comunitaria constante es entendida como una estrategia clave para disminuir los riesgos asociados al consumo de SPA y para resignificar el espacio como un lugar de vida y encuentro.

En relación con la salud propia, el pueblo Misak concibe que el estado del territorio influye directamente en el equilibrio del cuerpo y del pensamiento. Por esto, la acumulación de basuras, el consumo de sustancias y la falta de cuidado del espacio generan desarmonías que afectan tanto el bienestar físico como espiritual. En contraste, la apropiación colectiva de la cancha, el fortalecimiento de las relaciones comunitarias, la presencia institucional y la transmisión de valores culturales aparecen como factores que contribuyen a la protección frente al consumo y al cuidado integral de la comunidad.

Figura 5. *Cartografía Participativa del Pueblo Misak: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.*

Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Misak Misak Casandra, Fontibón, Bogotá.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía refuerza el análisis anterior en cuanto muestra de manera precisa la localización de los puntos donde se presentan dinámicas de disposición inadecuada de residuos, microtráfico, consumo de SPA, venta de licor y cigarrillo, así como puntos críticos de inseguridad muy cercanos a la cancha, la cual es utilizada por el pueblo Misak no solo como espacio recreativo sino también como lugar de encuentro comunitario con significado simbólico. En el mapa se observa que varios de los puntos de consumo y microtráfico se concentran en los bordes de la cancha y en sectores próximos a zonas verdes, asimismo, se identifican establecimientos de venta de licor distribuidos en las manzanas aledañas, lo que evidencia que el acceso a bebidas alcohólicas no es aislado sino estructural dentro del entorno barrial, reforzando la continuidad de estas dinámicas.

La proximidad espacial entre los puntos de riesgo y la cancha implica que un espacio central para la vida comunitaria se encuentra permanentemente tensionado por actividades que alteran su función protectora. La presencia de microtráfico y consumo en las inmediaciones no solo incrementa la percepción de inseguridad, sino que afecta directamente a niños, niñas y jóvenes que transitan o permanecen en el lugar durante actividades deportivas y recreativas. Además, la disposición inadecuada de residuos y los puntos de inseguridad señalados en el mapa

evidencian un daño ambiental que, desde la cosmovisión Misak, se traduce en desarmonía territorial. La cartografía también permite visualizar que el riesgo se concentra alrededor del nodo central del barrio, configurando un escenario donde el mismo espacio puede ser protector o amenazante dependiendo del uso social y del grado de apropiación comunitaria, lo que reafirma la necesidad de fortalecer la presencia colectiva y el cuidado del territorio como estrategia de protección integral.

3.6. Pueblo Inga

3.6.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Las percepciones comunitarias sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el pueblo Inga evidencian una comprensión compleja y profundamente atravesada por la historia del país, la cultura y la experiencia colectiva, en dichas percepciones coexisten, de manera simultánea, el reconocimiento del consumo como una problemática que afecta la salud integral, la normalización histórica de ciertas sustancias dentro de contextos rituales y sociales específicos, y una preocupación creciente por los impactos actuales que el consumo de SPA está generando en la vida individual, familiar y comunitaria, esta coexistencia de miradas no constituye una contradicción en sí misma, sino que refleja la forma particular en que la comunidad Inga construye sentido frente a la salud, la enfermedad y el equilibrio, desde una lógica distinta a la biomédica occidental.

Desde la voz de los mayores y mayores, se reconoce que en épocas anteriores el consumo de sustancias psicoactivas no ocupaba un lugar central en la vida comunitaria, las prácticas asociadas al tabaco y al alcohol estaban claramente delimitadas, se realizaban de manera controlada y responden a contextos culturales, rituales o sociales específicos, estas prácticas no eran comprendidas como conductas problemáticas, sino como elementos funcionales dentro de una cosmovisión que privilegiaba el equilibrio espiritual, el respeto por las normas comunitarias y la armonía con la naturaleza, esta memoria histórica cumple un papel fundamental en la construcción actual de las percepciones, ya que permite a la comunidad establecer una diferencia clara entre los usos tradicionales y el consumo problemático contemporáneo de SPA.

En el contexto de la ciudad de Bogotá, esta memoria colectiva genera una lectura crítica frente al aumento del consumo de SPA, especialmente entre adolescentes y jóvenes, dicho aumento es percibido como una ruptura con los usos y costumbres tradicionales, así como una señal de debilitamiento del pensamiento propio y de los mecanismos comunitarios de regulación social. Este fenómeno se relaciona directamente con procesos de aculturación, en los cuales, como señalan Posada y Mendoza, “las concepciones de las SPA cambian acorde a la cultura dominante” (2017, p. 201). La exposición constante a dinámicas urbanas, modelos de consumo occidentales y contextos de alta disponibilidad de sustancias transforma las percepciones tradicionales y reconfiguran las prácticas cotidianas, afectando de manera directa la salud mental colectiva.

Desde una perspectiva de salud mental en el pueblo Inga, este proceso de aculturación no sólo impacta las conductas de consumo, sino también el sentido de identidad, pertenencia y proyecto de vida, la pérdida progresiva de referentes culturales, espirituales y comunitarios genera vacíos simbólicos que pueden ser ocupados por prácticas de consumo como formas disfuncionales de afrontamiento del malestar emocional, la frustración o el desarraigo, en este sentido, el consumo de SPA no puede ser analizado únicamente como una conducta individual, sino como la expresión de desequilibrios más amplios en el tejido social y espiritual de la comunidad.

Un elemento relevante que refuerza esta comprensión es que el 63% de las personas que hicieron parte del cuestionario individual sobre SPA en el año 2025 manifiestan estar en desacuerdo con la idea de que el uso de medicinas o plantas sagradas deba ser interpretado como consumo de sustancias psicoactivas, este dato resulta clave para la construcción de estrategias de prevención, ya que evidencia una distinción clara, desde la percepción comunitaria, entre el consumo problemático y las prácticas ancestrales de sanación, desde la salud mental intercultural, desconocer esta distinción implica un riesgo significativo de patologizar prácticas culturales legítimas y de generar desconfianza frente a las intervenciones y articulaciones institucionales.

El alcohol continúa siendo la sustancia más presente y ambivalente en la percepción comunitaria, por un lado, se reconoce como una práctica socialmente aceptada, vinculada a encuentros familiares, celebraciones comunitarias y dinámicas laborales, especialmente en el contexto urbano (C. Campos, comunicación personal, 2025). Por otro lado, es identificado de manera reiterada como el principal detonante de afectaciones graves en la salud física y mental, el decaimiento de la economía familiar y la ruptura de la convivencia comunitaria, esta ambivalencia configura uno de los principales desafíos para la prevención, ya que dificulta el reconocimiento temprano del consumo de alcohol como un problema de salud y refuerza procesos de naturalización y tolerancia social.

Desde una mirada profesional en salud mental, esta ambigüedad puede entenderse como el resultado de normas sociales internalizadas que legitiman ciertas prácticas, aun cuando sus consecuencias son ampliamente reconocidas, la evidencia recogida en el cuestionario individual sobre SPA en 2025 indica que una parte significativa de la comunidad considera que ni el trato hacia las personas consumidoras ni el diálogo sobre el consumo de SPA se manejan de manera adecuada al interior del pueblo Inga, esta percepción sugiere la existencia de vacíos en las estrategias de comunicación comunitaria, así como la necesidad de fortalecer espacios seguros de diálogo que permitan abordar el consumo sin estigmatización, culpa o silencio.

Este fenómeno se articula con lo señalado por Espinel Castro y colaboradores, quienes afirman que históricamente ha existido “una mirada indiferente frente al consumo y la dependencia, llegando a permitir la tolerancia y aprobación por la comunidad” (2020, p. 9). Desde la salud mental, esta indiferencia no debe interpretarse como falta de preocupación, sino como una estrategia cultural de afrontamiento que prioriza la cohesión social y la protección del

buen nombre familiar, sin embargo, cuando esta estrategia se prolonga en el tiempo, puede convertirse en un factor que perpetúa el problema y retrasa el acceso a apoyos oportunos.

Un elemento central en la percepción del consumo de SPA en la comunidad Inga es el silencio comunitario que rodea esta problemática, el consumo continúa siendo un tema tabú, atravesado por la vergüenza, el temor al señalamiento y la necesidad de proteger la imagen familiar y comunitaria (S. Timarán, comunicación personal, 2025), este silencio tiene profundas implicaciones en la salud mental, ya que limita la expresión del sufrimiento, dificulta la búsqueda de ayuda y refuerza procesos de aislamiento emocional en las personas que presentan consumo problemático.

Desde un enfoque en salud mental, este silencio puede comprenderse como el resultado de una normatividad social que prioriza la armonía colectiva por encima de la confrontación directa del conflicto, tal como lo plantean Pedroza-Buitrago y colaboradores, “cuando el consumo de una sustancia es habitual y ampliamente aceptado socialmente en un contexto determinado, existe una gran posibilidad de que esta normatividad social se sobrepone a la jurídico-legal”, modificando la percepción del riesgo y la motivación frente al consumo (2019, p. 251), en el caso del pueblo Inga, esta normatividad se ve reforzada por el deseo de evitar rupturas en el tejido comunitario y por la ausencia histórica de estrategias institucionales interculturalmente pertinentes.

Ahora bien, estos hallazgos evidencian la necesidad de diseñar estrategias de prevención que no se limiten a la transmisión de información sobre factores de riesgos, factores de protección y percepciones de la comunidad, sino que aborden de manera integral las dimensiones emocionales, culturales y comunitarias del consumo, la prevención del consumo de SPA en la comunidad Inga en Bogotá debe partir del reconocimiento de sus percepciones propias, de su cosmovisión y de sus prácticas ancestrales, integrando enfoques psicológicos que fortalezcan la identidad cultural, el sentido de pertenencia y las habilidades de afrontamiento emocional.

Asimismo, resulta fundamental promover espacios comunitarios de palabra, escucha y acompañamiento, donde el consumo pueda ser abordado sin estigmatización y desde una lógica de cuidado colectivo, desde la salud mental, la creación de estos espacios permite transformar el silencio en diálogo, la vergüenza en comprensión y la indiferencia en corresponsabilidad, en este proceso, la articulación entre la medicina ancestral, el acompañamiento psicológico y la organización comunitaria se configura como una estrategia clave para la prevención sostenible del consumo de SPA.

Las percepciones propias del pueblo Inga sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas reflejan una lectura compleja de la problemática, profundamente vinculada a la historia, la cultura y las transformaciones derivadas del contexto de ciudad, abordar el consumo desde una perspectiva de salud mental intercultural implica reconocer estas percepciones como un punto de partida legítimo, fortalecer los recursos comunitarios existentes y construir estrategias de

prevención que respeten la autonomía, la ancestralidad y el derecho a la salud integral diferencial del pueblo Inga en la ciudad de Bogotá.

3.6.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

El análisis general construido a partir de los espacios de participación comunitaria, recorridos territoriales y grupos focales con el pueblo Inga permite comprender el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como un fenómeno multidimensional desde la teoría occidental y como un desequilibrio integral desde la cosmovisión Inga. Esta lectura cualitativa encuentra sustento en los resultados del cuestionario individual aplicado a la comunidad, donde se evidencia que las percepciones sobre el uso y abuso de SPA no son homogéneas ni simplistas, sino críticas, diferenciadas y atravesadas por elementos culturales propios.

Uno de los resultados más relevantes es la distinción clara entre medicina ancestral y sustancias psicoactivas problemáticas. El 63 % de la muestra se encuentra en desacuerdo con la idea de que el uso de medicinas o plantas sagradas deba interpretarse como consumo de SPA. Este dato respalda la afirmación de que, para el pueblo Inga, la planta de coca y otras medicinas tradicionales cumplen funciones espirituales, de conexión con el cosmos y de orientación colectiva, distantes del uso recreativo o abusivo. Así, el consumo problemático no se confunde con las prácticas rituales, sino que se asocia con la pérdida de equilibrio espiritual, emocional y comunitario.

En los espacios de participación emerge con fuerza la tensión entre responsabilidad individual y condiciones estructurales. A. Jacanamijoy (comunicación personal, 2025) señala que el consumo también puede leerse como decisión personal; sin embargo, el cuestionario revela que la mayoría reconoce factores de riesgo estructurales que inciden de manera determinante en dicha “decisión”. Esta coexistencia de posturas evidencia que la autonomía individual es comprendida dentro de contextos marcados por exclusión, precariedad y exposición permanente a entornos de riesgo, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

El desequilibrio emocional y espiritual aparece como un eje transversal. Los relatos que vinculan el consumo con la gestión del dolor, la soledad o pensamientos autolesivos (E. Tisoy, comunicación personal, 2025) dialogan con la tendencia unificada observada en varias preguntas del cuestionario, donde la comunidad se muestra “muy de acuerdo” frente a percepciones críticas sobre el uso y abuso de SPA. Desde la cosmovisión Inga, la desarmonía del pensamiento y del espíritu afecta la relación con el territorio y con la comunidad, configurando un desequilibrio integral del ser.

En el plano familiar, la normalización intergeneracional del alcohol emerge como factor de riesgo histórico. A. Jaimes (2025) advierte que el alcoholismo se replica como forma de socialización y afrontamiento emocional. El cuestionario confirma una tendencia ascendente en estar de acuerdo y muy de acuerdo frente a factores de riesgo asociados al entorno familiar, lo que refuerza la interpretación de que el consumo de alcohol funciona como puerta de entrada a otras sustancias, especialmente en adolescentes.

Las dinámicas laborales propias del pueblo Inga de característica principal de la informalidad y extensas jornadas fuera del hogar (D. Gaviria, 2025), y sumado que ya nuestros niños no pueden acompañarnos a esta labor como se hacía ancestralmente, ha generado que niños y jóvenes permanezcan en sus hogares distantes a los padres, esto se articula con la identificación de múltiples factores de riesgo en los que la comunidad se ubica mayoritariamente “muy de acuerdo”. Asimismo la comunidad refleja una falta de diálogo y manejo adecuado hacia personas consumidoras, aspecto frente al cual parte de la muestra se muestra algo en desacuerdo, evidencia tensiones internas en la gestión comunitaria del problema.

En la niñez y adolescencia, el riesgo se intensifica por exposición temprana y presión de pares. Esta lectura cualitativa se refuerza con la tendencia ascendente de acuerdo frente a factores de riesgo vinculados a entornos escolares y sociales. La facilidad de acceso en zonas como Santa Fe, Los Mártires y Plaza España, señalada en los recorridos territoriales, se inserta en un contexto donde la disponibilidad de alcohol y otras sustancias es constante, especialmente en horarios nocturnos.

Un hallazgo particularmente crítico es la percepción de insuficiencia del apoyo institucional: el 87 % de la muestra se encuentra muy de acuerdo en que el apoyo institucional, propio y externo, es insuficiente para prevenir el consumo de SPA. Este dato cuantitativo coincide con los relatos que señalan ausencia de rutas claras desde el Cabildo y limitaciones en la articulación con servicios externos. La referencia de Serrano Pineda (2022), que advierte altos niveles de riesgo o dependencia en población indígena consumidora de alcohol, refuerza la necesidad de intervenciones culturalmente adaptadas.

Desde el plano cultural, el consumo de sustancias psicoactivas portando el vestido ancestral en espacios públicos vulnera la preservación de la identidad y desvirtúa el significado del atuendo tradicional. Esta conducta se asocia también al desplazamiento de la lengua materna y al debilitamiento de la participación ritual (S. Timarán; V. Tandioy, 2025). No obstante, los resultados evidencian factores protectores sólidos: la comunidad identifica a la familia y al sentido de pertenencia cultural como mecanismos de prevención esenciales, con una tendencia predominante de 'muy de acuerdo' en las consultas.

Igualmente, es importante señalar que el 75 % de la muestra está de acuerdo o muy de acuerdo en que los saberes y la medicina propia han ayudado a tratar problemas de consumo, en consonancia con lo señalado por Arcia Grajales (2023) sobre el papel protector de las plantas medicinales y prácticas culturales. Asimismo, entre el 62 % y el 88 % de las respuestas en distintos ítems sobre factores protectores se ubican en categorías de acuerdo o muy de acuerdo, lo que evidencia confianza en los recursos culturales propios como estrategias preventivas.

No obstante, la existencia de porcentajes significativos de desacuerdo en algunos ítems de factores protectores sugiere que estos mecanismos no están plenamente consolidados o requieren fortalecimiento. Esta ambivalencia refleja la tensión entre arraigo cultural y presión

urbana, donde el Cabildo continúa siendo eje simbólico protector, pero sus alrededores se configuran como zonas de alto riesgo.

En síntesis, la integración de los relatos comunitarios y los resultados del cuestionario confirma que los factores de riesgo asociados al consumo de SPA en el pueblo Inga son estructurales, relacionales y culturales, anclados en dinámicas de exclusión, precariedad económica y debilitamiento del cuidado comunitario. Al mismo tiempo, se identifican factores protectores sólidos: la familia, la medicina ancestral, la identidad cultural y la palabra comunitaria. Superar enfoques individualizantes implica fortalecer el territorio como espacio protector, consolidar rutas institucionales interculturales y promover el diálogo abierto para romper el silencio que hoy limita la prevención y la sanación colectiva.

3.6.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

A pesar de la presencia de múltiples factores de riesgo asociados al contexto de ciudad, la comunidad Inga en los diferentes espacios de participación reconoce la existencia de factores protectores sólidos, culturalmente situados y profundamente arraigados en su cosmovisión, los cuales actúan como barreras frente al consumo problemático de sustancias psicoactivas, estos factores no solo se expresan en prácticas individuales, sino que se sostienen en una red de relaciones familiares, comunitarias, espirituales y organizativas que configuran una forma propia de entender el cuidado, la salud y el bienestar colectivo.

En primer lugar, la familia se identifica de manera reiterada como el principal espacio de protección frente al consumo de SPA, cuando el núcleo familiar fortalece la comunicación, la orientación afectiva y las pautas de crianza basadas en el respeto, el acompañamiento y la transmisión de valores culturales, se generan condiciones que reducen significativamente la probabilidad de consumo, especialmente en niños, niñas y adolescentes, esta perspectiva se articula con lo planteado por González Díaz y Castro Torres, quienes señalan que “es de gran importancia evaluar las dinámicas familiares y fortalecerlas por medio de intervenciones comunitarias que incrementen factores protectores” (2024, p. 60). En este sentido, la familia no solo cumple una función preventiva, sino también reparadora, en tanto puede convertirse en un espacio de contención emocional y resignificación del proyecto de vida cuando ya existe consumo.

Desde la visión comunitaria, el rol protector de la familia se ve reforzado cuando los padres, madres y cuidadores asumen un papel activo en el acompañamiento, el diálogo y el seguimiento cotidiano, la presencia emocional, la escucha y la orientación oportuna permiten detectar tempranamente señales de riesgo y abrir espacios de conversación sobre el consumo sin recurrir al castigo o al señalamiento, estas dinámicas familiares protectoras adquieren especial relevancia en el contexto de ciudad, donde las presiones externas, la influencia de pares y la facilidad de acceso a sustancias demandan una mayor capacidad de contención y orientación desde el hogar.

Un segundo eje protector fundamental lo constituyen las enseñanzas, saberes y orientaciones de los mayores, sabedores y sabedoras de la comunidad Inga, de acuerdo con los resultados del cuestionario individual sobre SPA aplicado en 2025, el 88% de las personas participantes reconoce que las enseñanzas de los mayores ayudan a tomar mejores decisiones frente al consumo de sustancias psicoactivas. Esta transmisión intergeneracional de conocimientos no se limita a normas o prohibiciones, sino que se fundamenta en relatos, consejos, ejemplos de vida y orientaciones espirituales que fortalecen el pensamiento propio y el sentido de responsabilidad individual y colectiva (V. Tandioy, comunicación personal, 2025).

En la cosmovisión Inga, los taitas y mamas representan la memoria viva del pueblo y cumplen una función esencial en la preservación del equilibrio espiritual y social su palabra orienta sobre las consecuencias del consumo, no solo en el cuerpo físico, sino también en el espíritu, la familia y la comunidad, de este modo, la escucha activa de los mayores se configura como un factor protector que refuerza la identidad cultural y ofrece referentes claros para la toma de decisiones, especialmente en contextos urbanos donde los jóvenes se enfrentan a modelos culturales ajenos y, en muchos casos, contradictorios con sus usos y costumbres.

En consecuencia de lo anterior, la medicina ancestral y las prácticas culturales emergen como pilares más significativos de protección frente al consumo de SPA, desde la perspectiva comunitaria, desde el concepto propio, no se conciben como consumo, sino como proceso de sanación, armonización y orientación espiritual. Tal como lo plantea Arcia Grajales, “las plantas medicinales y las prácticas culturales cumplen un papel fundamental en la identificación de escenarios de protección”, al permitir restablecer el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu (2023, p. 10). Este equilibrio es entendido como una condición necesaria para el buen vivir y para la prevención de conductas que generen daño individual y colectivo.

La medicina ancestral cumple, además, una función preventiva en tanto fortalece el vínculo con la naturaleza, la espiritualidad y el pensamiento propio, a través del uso responsable y ritualizado de plantas medicinales, se promueve la introspección, el autocuidado y la comprensión de las causas profundas del malestar, evitando que el consumo de sustancias psicoactivas se convierta en una respuesta desarticulada frente a problemas emocionales, familiares o sociales, en este sentido, la medicina propia actúa como un sistema integral de cuidado que trasciende el enfoque biomédico y se inscribe en una lógica de armonía y equilibrio.

Dentro de estas prácticas, los rituales tradicionales, y en particular el uso ceremonial del yagé, ocupan un lugar central como factor protector, según Arcia Grajales, “la interacción con el ‘remedio’ les ha permitido comprender las leyes de origen y estar en armonía con los espíritus” (2023, p. 12). Desde la visión Inga, el yagé no se asocia al abuso ni al consumo recreativo, sino a procesos de orientación espiritual, sanación y fortalecimiento del pensamiento, estos rituales permiten a las personas comprender el sentido de su vida, reconocer errores, fortalecer la toma de decisiones y reafirmar su compromiso con la comunidad y la naturaleza.

Los resultados del cuestionario individual sobre SPA aplicado en 2025 refuerzan esta percepción, dado que el 75% de las personas encuestadas manifiestan estar de acuerdo o muy de acuerdo en que los saberes y la medicina propia han ayudado a tratar a personas que han tenido problemas con el consumo de SPA, este dato evidencia que, más allá de la prevención, la medicina ancestral también cumple un rol relevante en procesos de acompañamiento y recuperación, ofreciendo alternativas culturalmente pertinentes que fortalecen la adherencia y el sentido de pertenencia comunitaria.

Otro factor protector clave identificado es la organización comunitaria, particularmente el rol del Cabildo Inga de Bogotá como espacio de orientación, regulación y cuidado colectivo, la comunidad reconoce al Cabildo como una instancia legítima para la toma de decisiones, la resolución de conflictos y la promoción de acciones preventivas frente al consumo de SPA (V. Tandioy, comunicación personal, 2025). Este reconocimiento se ve reflejado en el hecho de que el 88% de las personas que participaron en el cuestionario individual sobre SPA en 2025 consideran que el Cabildo constituye un factor protector pertinente para la comunidad.

El Cabildo no solo cumple una función administrativa o política, sino que se configura como un espacio simbólico de protección cultural, donde se refuerza la identidad, se promueve el cumplimiento de los usos y costumbres y se generan escenarios de diálogo y orientación, en este sentido, su fortalecimiento resulta estratégico para el desarrollo de acciones preventivas desde un enfoque intercultural, ya que permite articular la medicina ancestral, la palabra de los mayores, la participación comunitaria y el diálogo con la institucionalidad externa.

Esta perspectiva se articula con lo planteado por Espinel Castro y colaboradores, quienes señalan la necesidad de “focalizar acciones en el marco de la autonomía para identificar y generar factores de protección a nivel familiar y comunitario” (2020, p. 73), desde este enfoque, la prevención del consumo de SPA no debe imponerse desde modelos externos, sino construirse de manera participativa, respetando la autonomía, la cosmovisión y las formas propias de organización del pueblo Inga.

Los factores protectores frente al consumo de SPA en la comunidad Inga no se limitan a estrategias individuales, sino que se sustentan en un sistema integral de cuidado basado en la familia, la transmisión intergeneracional de saberes, la medicina ancestral, los rituales, la organización comunitaria y la identidad cultural, estos factores actúan de manera complementaria, generando condiciones de resiliencia colectiva que permiten enfrentar los riesgos del contexto de ciudad sin renunciar a la cosmovisión ni a los principios del buen vivir.

El reconocimiento, fortalecimiento y articulación de estos factores protectores constituye un eje fundamental para el diseño de estrategias interculturales de prevención y atención del consumo de SPA, orientadas no solo a reducir el consumo, sino a restablecer el equilibrio individual, familiar y comunitario, garantizando el derecho a la salud integral del pueblo Inga en contexto de ciudad.

3.6.4. Análisis territorial

El ejercicio de lectura territorial del pueblo Inga se desarrolla en varias localidades del centro y oriente de Bogotá, específicamente en la localidad de Los Mártires, en los barrios San Victorino y Plaza España; en la localidad de La Candelaria, en los alrededores del Cabildo Inga; y en la localidad de Santa Fe, en los barrios El Rocío, Guavio, Santa Rosa, Los Laches y El Dorado. Estos territorios conforman un entramado urbano complejo en el que convergen dinámicas comerciales, sociales e históricas que inciden directamente en las condiciones de salud y bienestar de la comunidad, particularmente en relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

A partir de los recorridos territoriales y del diálogo comunitario, el pueblo Inga identifica tres puntos focales clave para el análisis de las problemáticas asociadas al consumo de SPA. El primero corresponde a la Plaza España y sus alrededores, ubicada en la localidad de Los Mártires; el segundo, al entorno del Cabildo Inga, situado en la calle 12 con carrera 9, en La Candelaria; y el tercero, al barrio Santa Fe, en la localidad de Santa Fe. Estos espacios son reconocidos como escenarios donde se concentran dinámicas de riesgo que afectan de manera diferencial a la comunidad indígena en el contexto urbano.

Los principales riesgos se asocian a las tensiones territoriales presentes en las localidades de Los Mártires y La Candelaria, zonas caracterizadas por una intensa actividad comercial que facilita el acceso a sustancias psicoactivas legales, como el alcohol y el cigarrillo, a bajos costos, así como a dinámicas de microtráfico. En este contexto, la Plaza España es identificada como un lugar particularmente álgido debido al consumo de SPA tanto legales como ilegales. La comunidad reconoce que este espacio ha tenido históricamente una relación estrecha con el pueblo Inga, ya que en décadas anteriores allí se presentaron consumos problemáticos que derivaron en fracturas familiares y en la transmisión intergeneracional de hábitos de consumo, llegando a normalizarse en ámbitos laborales y comunitarios.

El pueblo Inga realiza una lectura diferenciada de la Plaza España según las dinámicas del día y la noche. Durante el día, el lugar es percibido como un espacio de tránsito, determinado por su vocación comercial, donde hay movilidad constante y contacto social. En este horario, la comunidad lo ha utilizado tradicionalmente como un lugar de encuentro cultural y social; en el pasado, incluso, se evidenciaban dinámicas familiares en las que hijos e hijas compartían con sus padres. Sin embargo, los cambios generacionales y el deterioro progresivo de las condiciones sociales del sector han limitado estas prácticas. En la lectura nocturna, la percepción del espacio se transforma, predominando una sensación de inseguridad asociada al alto consumo de SPA, lo cual altera el bienestar de quienes aún transitan por la zona.

En ambos momentos del día, las zonas verdes y el parque ubicado en el centro de la Plaza España no son reconocidos como espacios de interacción comunitaria, debido a la presencia constante de consumo de SPA, habitantes de calle, microtráfico y acumulación de residuos sólidos. Estas condiciones refuerzan la percepción de inseguridad, la cual se intensifica durante las horas nocturnas. De manera complementaria, la calle 18 es identificada como un

corredor asociado a la venta de licor, donde se reconoce la comercialización tanto de alcohol adulterado como no adulterado. Su fácil acceso, sumado a los bajos precios del mercado, configura escenarios de riesgo vinculados al consumo de SPA legales.

Otro aspecto crítico señalado por la comunidad corresponde a las dinámicas de distribución del microtráfico, conocidas como “ollas”. En este sentido, la zona denominada “Cinco Huecos” es reconocida como un lugar de peligro latente, no solo por la exposición al uso y abuso de sustancias psicoactivas, sino también por las amenazas directas a la integridad física de los miembros de la comunidad. Estos espacios son leídos como altamente riesgosos para la salud del pueblo Inga, dado que la comercialización intensiva de SPA legales e ilegales impacta de manera profunda su cosmovisión, en la que el cuerpo y el territorio son concebidos como símbolos fundamentales del desarrollo espiritual y colectivo.

Desde una reflexión histórica, la comunidad analiza estos territorios desde una doble mirada. Por un lado, se reconoce que la Plaza España fue en el pasado un espacio protector, que propiciaba encuentros culturales y fortalecía los lazos comunitarios. No obstante, con el paso de los años, el decaimiento del sector y el aumento del consumo abusivo de alcohol afectaron a algunos miembros del pueblo, generando rupturas familiares y desequilibrios en la armonía espiritual. Por otro lado, en barrios como Los Laches y El Dorado se evidencian impactos directos en la salud física, mental, emocional y espiritual de la comunidad, en tanto el consumo de alcohol se encuentra ampliamente normalizado. Esta situación es identificada como un riesgo estructural, debido a su acceso permanente y a la exposición social constante, afectando de manera profunda la estabilidad familiar y comunitaria.

Asimismo, la comunidad señala que las ofertas de SPA tienden a desplazarse hacia lo ilegal, especialmente en espacios de recreación como los parques, lugares donde las familias comparten y fortalecen sus vínculos. Esta realidad transforma dichos espacios en escenarios de riesgo, dificultando los procesos de construcción de estilos de vida saludables y afectando el principio del Buen Vivir.

En contraste con estos factores de riesgo, el Cabildo Inga es reconocido como un espacio de protección y cuidado. Allí se desarrollan dinámicas de diálogo y encuentro intergeneracional que permiten la implementación de acciones preventivas, como talleres de tejido de canastos y otras prácticas culturales. Estas actividades contribuyen a fortalecer a la población en situación de vulnerabilidad, revitalizando saberes propios y prácticas ancestrales, entre ellas las ceremonias con medicina tradicional como la *ambiwaska*, realizadas por médicos tradicionales. De igual manera, las parteras y las familias conocedoras de plantas y medicina propia son reconocidas como factores protectores frente al consumo de SPA.

No obstante, la comunidad señala que las dinámicas alrededor del Cabildo son hostiles, debido a su ubicación en el centro de la ciudad. Sectores como la carrera Décima, San Victorino y San Bernardo presentan históricamente problemáticas de inseguridad asociadas a la presencia de habitantes de calle y al narcotráfico, lo que configura un entorno adverso para el ejercicio

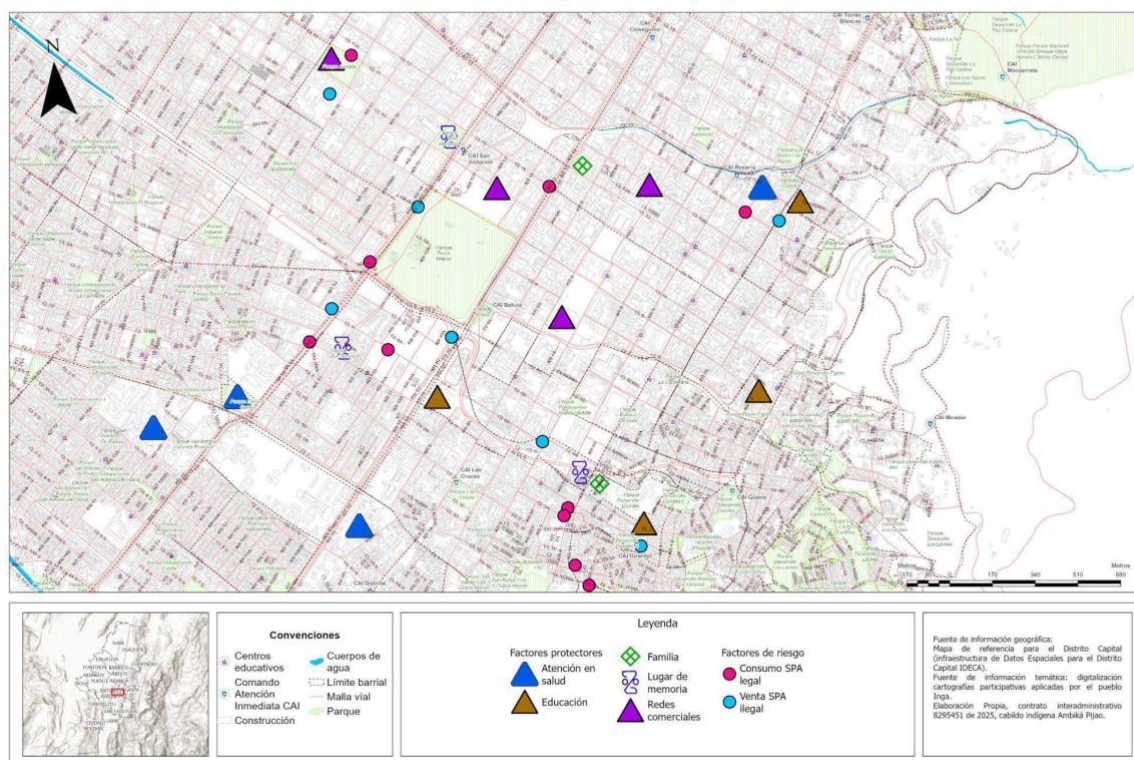
pleno de las prácticas comunitarias. En este sentido, los tres escenarios analizados son comprendidos como resultado de procesos históricos de deterioro asociados al consumo de SPA legales e ilegales, naturalizados en estas zonas centrales de la ciudad y percibidos por el pueblo Inga como factores de riesgo que deterioran significativamente su salud integral en el contexto urbano.

Finalmente, el pueblo Inga reconoce la existencia de lugares que constituyen hitos fundamentales en su historia en Bogotá y que operan como factores protectores frente al consumo de SPA. Entre ellos se destaca el Cabildo Inga, como espacio central para el desarrollo de actividades propias y procesos formativos en medicina tradicional; los lugares de memoria, entendidos como primeros espacios de aglomeración y resguardo de las tradiciones; y la Plaza España, reconocida por su importancia en los procesos comerciales del pueblo en la ciudad. No obstante, este último espacio también es identificado como un lugar de alto riesgo, especialmente para niños, niñas y adolescentes, debido a la exposición permanente a un acceso rápido y económico a SPA legales e ilegales. Alrededor de estos factores protectores persisten dinámicas de riesgo propias del centro urbano, marcadas por la venta y el consumo de sustancias, lo que tensiona de manera constante los esfuerzos comunitarios por preservar la salud, la cultura y el Buen Vivir.

La presencia del pueblo Inga en Bogotá está marcada por una territorialidad simbólica construida por los mayores durante más de treinta años. Sitios emblemáticos como el antiguo cabildo en la cuarta con primera donde en 1918 nacieron las primeras formas de autoridad y educación propia representan hitos fundacionales en su cartografía histórica. Actualmente, estos lugares siguen siendo escenarios de cohesión social donde se realizan mingas y conmemoraciones como el *Atun Puncha*. Al ser el primer cabildo con reconocimiento histórico en el territorio, la clave de su pervivencia en la urbe ha sido el fortalecimiento constante de sus prácticas ancestrales, las cuales permiten que sus usos y costumbres sigan vigentes a pesar de las presiones del entorno citadino.

Figura 6. *Cartografía Participativa del Pueblo Inga: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.*

Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Inga La Candelaria, Los Mártires, Bogotá.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía realizada busca señalar los lugares que son hitos en la historia de este pueblo en la ciudad de Bogotá y que se reconocen como factores protectores ante los factores de riesgo por consumo de SPA. El mapa muestra que el Cabildo Inga y el Cabildo antiguo, funcionan como nodo central de protección, desde donde se irradian dinámicas de prevención cultural, medicina propia y revitalización espiritual. Asimismo, se identifican lugares de memoria que conservan tradición y cohesión comunitaria pero que desafortunadamente están rodeados por múltiples puntos de venta y consumo de SPA, tanto legal como ilegal, especialmente en la Plaza España y sus alrededores, así como en sectores de Santa Fe. La proximidad entre el Cabildo y los sectores con dinámicas comerciales intensas, presencia de habitantes en calle y venta de licor configura un entorno donde la prevención cultural debe coexistir con presiones estructurales propias del centro urbano.

3.7. Pueblo Nasa

3.7.1. Percepción. sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Desde una lectura interpretativa apoyada en el cuestionario individual aplicado a 13 integrantes de la comunidad, se evidencia que la categoría “sustancia psicoactiva” no

corresponde a una construcción interna del pueblo Nasa, sino a una imposición semántica externa. El 90 % de los entrevistados considera que el consumo de SPA es una influencia proveniente de occidente y no una práctica propia. Este dato no sólo revela una distancia conceptual, sino también una tensión epistemológica: mientras el sistema occidental clasifica estas plantas bajo criterios biomédicos y jurídicos, la comunidad las interpreta desde un marco espiritual, relacional y normativo propio, regulado por la Ley de Origen y la orientación de los mayores.

De este modo, el uso de la planta cumple una doble función: por un lado, actúa como puente con el mundo espiritual para obtener respuestas ante tensiones cotidianas y, por otro, promueve la armonía interna. La diferencia fundamental radica en la intencionalidad y en la mediación del sabedor espiritual, quien regula frecuencia, cantidad y propósito. Desde esta lógica, no se configura un patrón de dependencia, sino una práctica culturalmente situada, normada y simbólicamente cargada de sentido.

Además, el 84 % de los encuestados señala que el uso de plantas sagradas suele ser erróneamente interpretado como consumo de drogas ilícitas. Este resultado permite inferir la existencia de experiencias de estigmatización y discriminación cultural, en las que el desconocimiento externo reduce prácticas espirituales a categorías penalizantes. Interpretativamente, esto evidencia un choque intercultural donde la hegemonía del discurso occidental invisibiliza otras formas legítimas de relación con la naturaleza y el mundo espiritual.

En cuanto a los factores protectores, el cuestionario muestra que la familia (70 %) y las prácticas culturales (92 %) constituyen los principales mecanismos de contención frente al riesgo de consumo problemático. El alto porcentaje asociado a las prácticas culturales, tejido, danza, música, lengua y espacios como la tulpa y el tul, permite interpretar que la espiritualidad no es un componente abstracto, sino una experiencia cotidiana que se transmite pedagógicamente. La equivalencia porcentual entre prácticas culturales y rol del sabedor, evidencia que la autoridad ancestral no solo orienta el uso ritual de las plantas, sino que estructura el sistema preventivo comunitario.

Sin embargo, el 56 % considera a las instituciones educativas occidentales como factor protector, lo cual sugiere una valoración ambivalente del entorno escolar urbano. Este dato puede interpretarse como un indicador de desconfianza parcial hacia espacios que, aunque ofrecen oportunidades formativas, también representan escenarios de presión social y debilitamiento identitario.

Respecto a los factores de riesgo, el 61 % percibe facilidad de acceso a sustancias psicoactivas y el mismo porcentaje identifica el desarraigo cultural como elemento detonante. Más del 90 % reconoce que las desarmonías familiares constituyen un riesgo significativo. Interpretativamente, estos resultados muestran que el problema no se origina en la tradición, sino en la ruptura de los equilibrios comunitarios. El consumo problemático aparece cuando se fracturan los lazos espirituales, familiares y territoriales que sostienen la identidad Nasa.

El contexto urbano emerge como escenario crítico. La dispersión comunitaria, la distancia de los lugares sagrados y la transformación de la dinámica familiar, especialmente la pérdida del encuentro en el tul (fogón) y la tulpa (huerta), generan un debilitamiento de los dispositivos culturales de regulación. En este sentido, el consumo de sustancias occidentales se asocia más a procesos de asimilación cultural que a prácticas propias.

Finalmente, aunque el consumo problemático se reconoce como un fenómeno ajeno a la cotidianidad ancestral, el cuestionario evidencia una vulnerabilidad creciente en jóvenes y adolescentes expuestos a presiones externas. Desde una perspectiva interpretativa, el riesgo no radica en las plantas maestras, sino en el vaciamiento de sentido espiritual que ocurre cuando se rompen los vínculos con la comunidad y la Ley de Origen. En consecuencia, los hallazgos sugieren la necesidad de estrategias interculturales que articulen la medicina propia con la occidental, reconociendo la legitimidad de los saberes ancestrales y fortaleciendo los factores protectores comunitarios. Más que intervenir desde la prohibición, el desafío consiste en restaurar los equilibrios culturales que históricamente han regulado el uso de las plantas y han sostenido la armonía física y espiritual del pueblo Nasa.

3.7.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Los factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas, desde la perspectiva del pueblo Nasa, se comprenden dentro de una lógica multifactorial que integra dimensiones individuales, familiares, culturales y estructurales. Sin embargo, el análisis del cuestionario individual aplicado permite afirmar que estos factores no operan de manera aislada, sino que se articulan alrededor de un eje central: la desarmonización provocada por el contexto urbano.

En el plano individual, se reconocen condiciones emocionales, fragilidad en la gestión de experiencias adversas y posibles afectaciones en la salud mental como elementos predisponentes. La comunidad identifica la “fortaleza mental” como un componente relevante, tal como lo expresa J. Vargas:

“... hay personas que tienen la mente más débil que la otra..., pero ahí en sí hay una debilidad en cada persona porque yo en el tiempo de la locura, hijo de experimentar. ... Y ahí es donde está la mente, es uno el que debe como elaborar el camino...” (Conversación Personal. J. Vargas. 2/12/2025).

Interpretativamente, esta noción de fortaleza no remite únicamente a resiliencia psicológica, sino a la capacidad de mantener coherencia entre identidad cultural, espiritualidad y decisiones personales. Cuando esta coherencia se debilita, aumenta la vulnerabilidad frente al consumo.

El cuestionario evidencia que el riesgo se intensifica especialmente en jóvenes y adolescentes, quienes son señalados como el grupo más expuesto en contexto de ciudad. Esto se relaciona con dinámicas propias del ciclo vital y con presiones sociales externas:

“... los jóvenes estamos en una dinámica de la fiesta, la rumba, la salida. O sea, creo que ahí y cuando se está empezando de pronto la juventud, uno desconoce también muchas cosas.” (F. Elago, Comunicación Personal, 2/12/2025).

A ello se suman experiencias de discriminación en espacios educativos y laborales, que pueden derivar en el consumo como forma de afrontamiento, como lo señala F. Elago:

“... pues no sé de pronto en el trabajo en la universidad, en el proyecto, dependiendo del grupo etario de la persona, si sufre temas de rechazo, discriminación, no sé cómo así esos factores pueden llevar al consumo.” (Comunicación Personal, 2/12/2025).

Este dato se articula con el hallazgo de que solo el 56 % de los encuestados considera a las instituciones educativas como factor protector, lo que sugiere que estos entornos pueden funcionar también como escenarios de riesgo cuando se experimentan exclusiones culturales. Al respecto, el Mayor R., refiere que la soledad derivada de procesos de desplazamiento o migración urbana es otro elemento crítico:

“... si solamente sale la mamá y el hijo o sale solamente la persona amenazada al llegar acá, se va a encontrar en un entorno, pues muy solitario” (Comunicación Personal, 2/12/2025).

Asimismo, como lo expresa la Autoridad Indígena, el deseo de adaptación puede traducirse en pérdida progresiva de prácticas culturales propias:

“... por tratar de encajar con alguien de acá, pues voy perdiendo porque me estoy acostumbrando a lo que esa persona hace. Y a lo que yo venía practicando desde territorio”. (Comunicación Personal, 2/12/2025).

El cuestionario muestra que el 61 % identifica el desarraigo o desequilibrio cultural como factor de riesgo relevante. Esto confirma que el consumo no se asocia únicamente a la disponibilidad de sustancias, sino a la ruptura del vínculo con el territorio, los lugares sagrados y la espiritualidad.

En el ámbito familiar, el análisis adquiere especial relevancia. El 90 % de los encuestados otorga a la dinámica familiar un papel central en la decisión de consumo. Esta cifra refleja que la familia es percibida simultáneamente como principal factor protector y como el factor de riesgo más determinante cuando se presentan desarmonías. Más del 90 % considera que las rupturas familiares, violencia, maltrato o conflictos internos, incrementan significativamente la probabilidad de consumo. Como lo expresa R. Paya:

Entonces si en la familia hay maltrato, si en la familia hay violación, si en la familia hay golpe, pelea, no sé, abuso. Entonces como que esa soledad o esos eventos episódicos hacen que

la persona se sienta aislada y quizás esa sustancia psicoactiva sea como un medio de poder como subsanar (...) (Comunicación personal, 2/12/2025).

En este marco, el consumo aparece como respuesta a una fractura afectiva y espiritual. La ciudad debilita los espacios tradicionales de cohesión, el fogón (tul) y la huerta (tulpa), donde se afirmaban los vínculos intergeneracionales. Esta pérdida impacta directamente en el control social comunitario y en la transmisión de valores.

En el plano estructural, el cuestionario indica que el 61 % considera fácil el acceso a sustancias psicoactivas en contexto urbano, y el mismo porcentaje señala que las dificultades laborales actúan como detonantes del consumo. Estos datos se relacionan con las condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad en sectores como Tocaimita (Usme) y Ciudad Bolívar. Y. Soloz describe esta realidad de la siguiente manera:

(...) porque por ejemplo en Tocaimita, es un lugar para los que conocen, pues es una invasión (...) esos jóvenes precisos son los que nunca tuvieron un papá (...). Entonces es la experiencia también viva de la familia, de algunas familias del pueblo nasa. Acá en contexto de ciudad (...)” (Comunicación personal, 2/12/2025).

En términos generales, el cuestionario revela que el 90 % percibe el consumo de SPA como una influencia externa asociada al contexto urbano, y el 70 % afirma que el tema se aborda de manera abierta dentro de la comunidad. Esto sugiere una conciencia colectiva del riesgo y una disposición a afrontarlo, aunque reconociendo que los factores en ciudad superan los mecanismos tradicionales de control.

En síntesis, el análisis interpretativo permite concluir que los factores de riesgo no se limitan a variables individuales o económicas, sino que configuran un entramado de desarmonías interconectadas: debilitamiento espiritual (61 %), fractura familiar (más del 90 %), presión social juvenil, discriminación educativa y precariedad socioeconómica. El contexto urbano no solo incrementa la disponibilidad de sustancias, sino que erosiona los dispositivos culturales que históricamente regulan el comportamiento en territorio. Por ello, cualquier estrategia de intervención deberá fortalecer simultáneamente la familia, la espiritualidad, las prácticas culturales (reconocidas por el 92 % como factor protector) y las condiciones socioeconómicas dignas, desde una articulación intercultural que respete la autoridad y la cosmovisión del pueblo Nasa.

3.7.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el pueblo Nasa, la protección frente a las desarmonías, entre ellas el consumo de sustancias externas a su tradición, no se fundamenta en mecanismos punitivos ni exclusivamente preventivos en sentido occidental, sino en la preservación del equilibrio espiritual, familiar y comunitario. Como explica el sabedor Omar Peña, el bienestar depende de la articulación entre autoridades, familia, medicina ancestral y fortalecimiento de la identidad cultural (comunicación

personal, 2 de diciembre de 2025). Este principio se sustenta en la relación armónica con la Madre Tierra y en la observancia de la Ley de Origen como garantía del “buen vivir”.

El cuestionario individual aplicado a la comunidad confirma empíricamente esta perspectiva: el 70 % de los encuestados reconoce a la familia como factor protector fundamental, mientras que el 92 % identifica las prácticas culturales como el principal mecanismo de prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas. Estos datos permiten interpretar que la protección no se limita a la supervisión o control, sino que se construye a través de procesos pedagógicos y espirituales cotidianos.

El vínculo familiar constituye el primer escudo protector. En el Tul (fogón) y la tulpa (huerta) se transmite la memoria, la palabra y el sentido de pertenencia. No obstante, el análisis del cuestionario revela que la eficacia de este factor protector depende de la coherencia entre la dinámica familiar y las prácticas culturales propias. Cuando la familia mantiene el diálogo, la confianza y la orientación enmarcada en la espiritualidad, se fortalece la capacidad de los jóvenes para resistir presiones externas. L. Guauña subraya que la orientación no recae únicamente en los padres, sino que es una responsabilidad colectiva:

La orientación no es exclusiva de los padres; en la comunidad los jóvenes pueden encontrar en un mayor la madurez necesaria para ser guiados (Comunicación personal, 2 de diciembre de 2025).

Este enfoque comunitario coincide con el hallazgo del cuestionario según el cual el rol del sabedor tiene un peso equivalente al de las prácticas culturales en los procesos formativos. Interpretativamente, esto indica que la autoridad ancestral no solo interviene en momentos de crisis, sino que actúa como mediadora permanente del equilibrio espiritual.

La comunidad opera como red de apoyo solidaria. Bajo la cosmogonía Nasa, el desequilibrio individual repercute en el colectivo, lo que genera un compromiso moral de cuidado mutuo. Este sentido de corresponsabilidad fortalece el control social positivo, diferenciándolo de la vigilancia coercitiva. Además, el reconocimiento identitario proporciona herramientas simbólicas para resistir procesos de asimilación cultural que, según el cuestionario, incrementan el riesgo de consumo en contexto urbano.

La espiritualidad ocupa un lugar central en este esquema protector. El sabedor espiritual media el vínculo con lo sagrado mediante prácticas de armonización y el uso ritual de plantas como el hayu (hoja de coca). Desde esta perspectiva, el consumo problemático de sustancias occidentales no se interpreta únicamente como un asunto de salud física o mental, sino como una desarmonía espiritual que requiere procesos rituales de limpieza y restauración. En coherencia con lo planteado por Mendoza Ríos & Posada Zapata (2021), el tratamiento demanda procedimientos de armonización que reconectan al individuo con lo sagrado y con su comunidad.

El dato más contundente del cuestionario es que el 92 % de la población considera las prácticas culturales como el principal factor protector. El tejido simboliza la construcción del

futuro y el fluir de la palabra; la danza reafirma el vínculo con el territorio al realizarse en contacto directo con la tierra; la música y la lengua propia consolidan la identidad del “Ser Nasa”. Estas prácticas no son actividades recreativas aisladas, sino dispositivos pedagógicos y espirituales que fortalecen la autoestima colectiva y reducen la vulnerabilidad frente a presiones externas.

El cuestionario también muestra que solo el 56 % reconoce a las instituciones educativas occidentales como factor protector, lo que sugiere que la verdadera contención se encuentra en los espacios propios de transmisión cultural. Esto refuerza la idea de que la prevención más efectiva no proviene exclusivamente de programas externos, sino del fortalecimiento interno de la identidad y la espiritualidad. Asimismo, el hecho de que el 70 % afirma que el tema del consumo se aborda de manera abierta en la comunidad evidencia una disposición colectiva a dialogar sobre las desarmonías sin negarlas ni ocultarlas. Este elemento constituye un recurso protector clave, pues favorece la detección temprana y el acompañamiento comunitario.

Desde una perspectiva interpretativa, la protección no es entendida como simple prevención del consumo, sino como mantenimiento permanente del equilibrio integral. En la medida en que se fortalecen la familia, la cultura, la espiritualidad y la comunidad, se reduce la probabilidad de que las desarmonías asociadas al consumo se consoliden. Por ello, cualquier estrategia intercultural orientada a la prevención deberá reconocer que, para el pueblo Nasa, el principal antídoto frente al uso problemático de sustancias no es la prohibición, sino la reafirmación del “Ser Nasa” en coherencia con la Ley de Origen y el buen vivir.

3.7.4. Análisis territorial

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Nasa se desarrolló en la localidad de Usme, específicamente en el barrio Tocaimita, UPZ Entre Nubes, en un recorrido territorial que se realizó a pie debido a la limitada accesibilidad del sector pues no existe transporte público directo y el ingreso se da principalmente a través de una única vía vehicular y múltiples senderos peatonales informales.

En la ficha, el equipo Nasa describe físicamente su territorio como una zona con pendientes pronunciadas, suelos inestables y un riesgo permanente de remoción en masa, especialmente durante las temporadas de lluvia. Las calles se encuentran en su mayoría sin pavimentar y presentan serias dificultades para la movilidad, situación que se ve agravada por la poca iluminación pública y otras condiciones físicas que inciden de manera directa en la vida cotidiana de la comunidad, limitando el desplazamiento seguro y reforzando la percepción de aislamiento territorial.

La ficha también señala deficiencias estructurales en los servicios públicos pues no existe una red formal de alcantarillado, por lo que las aguas residuales circulan a cielo abierto y el acceso al agua es precario. Asimismo, no hay servicio de gas natural, lo que obliga a muchas familias a cocinar con leña o gas propano, también se registra acumulación de basuras en puntos

específicos del barrio, condiciones que se asocian a problemas de salud, presencia de vectores, contaminación ambiental y un deterioro general del entorno.

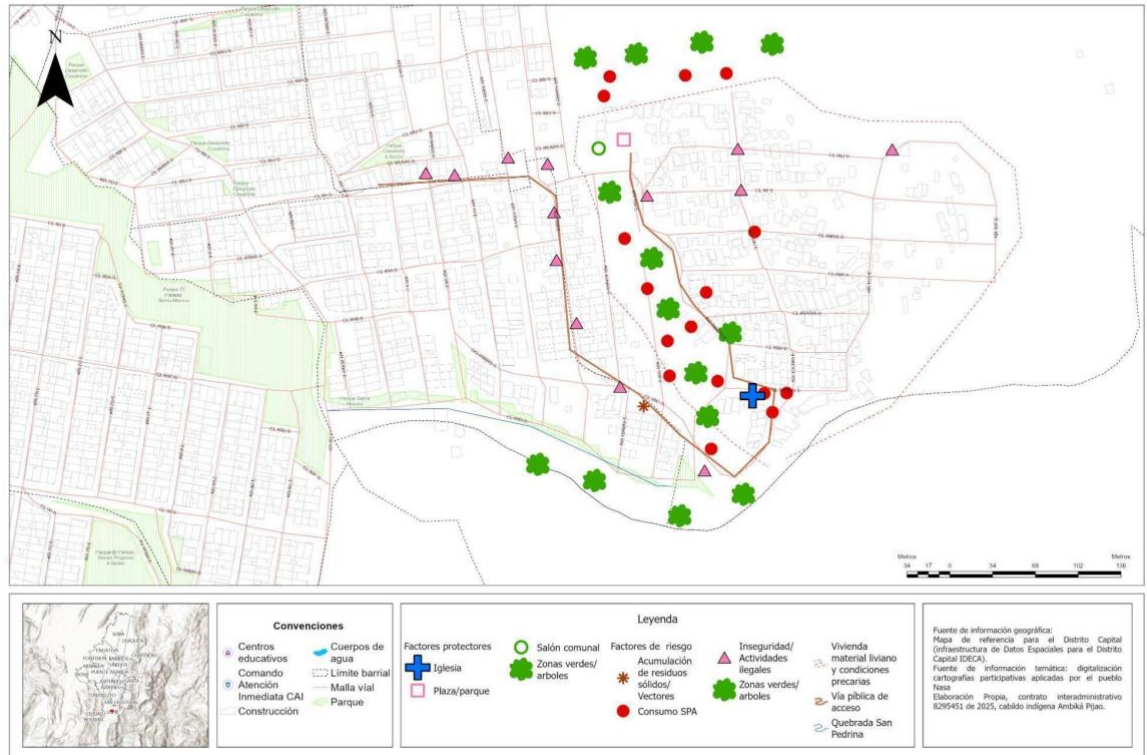
En relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el documento identifica lugares concretos de riesgo dentro del territorio en donde se destacan especialmente el sector cercano a la iglesia y la zona boscosa donde se agrupan jóvenes para consumir. Allí también existen varios puntos de venta de cerveza en algunas viviendas del sector, situación que favorece el consumo frecuente y genera conflictos de convivencia, particularmente durante los fines de semana. Sumado a esto, la inseguridad aparece como una preocupación constante por lo que la comunidad recomienda no transitar por el barrio después de las 8:00 pm. debido a robos y otras situaciones de riesgo.

A pesar de estas condiciones, la comunidad reconoce la presencia de factores protectores en el territorio principalmente asociados a la naturaleza. La zona boscosa es identificada como un espacio de contacto espiritual con la Madre Tierra donde se realizan actividades de armonización y cuidado que, junto con el acompañamiento de un sabedor, funciona como un espacio para llevar a cabo procesos de medicina tradicional, fortaleciendo el vínculo espiritual y comunitario, y ofreciendo alternativas de sanación frente a situaciones de desarmonía.

Para el pueblo Nasa la salud y la enfermedad están directamente vinculados con el territorio y la desarmonía ocurre debido a múltiples situaciones como los conflictos familiares, el consumo de alcohol y SPA, y condiciones propias de las dinámicas producto de su vida en la ciudad identificando factores estructurales de riesgo, como la dispersión del pueblo Nasa en el Distrito, las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y la carencia de un territorio propio que facilite el acceso continuo a lugares sagrados y el desarrollo de prácticas espirituales.

Figura 7. *Cartografía Participativa del Pueblo Nasa: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.*

*Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Nasa.
Tocaimita, Usme, Bogotá*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

El resultado de la cartografía muestra la presencia de un alto consumo de SPA, así como de otras actividades ilegales distribuidas estratégicamente en puntos de encuentro y circulación del barrio. El mapa permite observar que los lugares identificados para consumo no se encuentran aislados, sino que se concentran en nodos específicos del territorio como el sector cercano a la iglesia, la plaza, el salón comunal y la zona boscosa colindante, generando una que se superpongan espacios comunitarios y focos asociados al riesgo. Además, como factor estructural de riesgo, la cartografía muestra también un polígono que encierra la zona habitada que se caracteriza por contar con viviendas en material liviano, carencia de servicios públicos formales, ausencia de alcantarillado, acumulación de basuras y vías sin pavimentar.

Es aquí donde se encuentran los factores de precariedad habitacional, deficiencia de servicios y puntos de consumo configurando un escenario de vulnerabilidad acumulada que, debido a las condiciones estructurales, favorece la permanencia de actividades ilegales y dificultan el control comunitario del espacio. Además, la localización de puntos de consumo en proximidad a zonas verdes y espacios boscosos genera una tensión profunda, pues estos lugares son simultáneamente reconocidos como escenarios de armonización espiritual y contacto con la Madre Tierra. La cartografía evidencia así una territorialidad en disputa: los mismos nodos que

deberían funcionar como espacios de equilibrio se encuentran rodeados por dinámicas de desarmonía, afectando no solo la seguridad física, sino también el bienestar emocional y espiritual del pueblo Nasa en Tocaimita.

3.8. Pueblo Tubü Hummürimassa

3.8.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el Pueblo Indígena Tubü Hummürimassa, el término sustancias psicoactivas o SPA, se utiliza exclusivamente para referirse a sustancias externas o introducidas, cuyo consumo ocurre por fuera de la orientación cultural y espiritual del pueblo. Esta distinción es central, pues permite diferenciar dichas sustancias de las medicinas ancestrales propias como el tabaco, el mambe, el yagé o la chicha que no son concebidas como una sustancia psicoactiva, sino como elementos con espíritu, sentido ritual y función de armonización. Su uso está regulado por normas culturales, procesos de aprendizaje y principios éticos orientados al cuidado del cuerpo, el pensamiento y el corazón; cuando estas prácticas se descontextualizan, pierden su carácter sanador y generan desarmonización espiritual y comunitaria (Sierra, comunicación personal, 12 de octubre de 2025), 2025).

En este sentido el pueblo Tubü Hummürimassa concibe el bienestar psicológico como un estado de armonía integral que articula cuerpo, mente, emoción, espíritu y comunidad. La diferenciación entre sustancias externas y medicinas ancestrales permite comprender que el impacto en la salud mental no depende únicamente de la sustancia en sí, sino del sentido cultural, espiritual y relacional que acompaña su uso. Las medicinas ancestrales, al estar reguladas por normas culturales y aprendizajes colectivos, funcionan como factores protectores que favorecen la regulación emocional, el fortalecimiento identitario y la cohesión comunitaria. En contraste, el uso descontextualizado o sin orientación espiritual es interpretado como un factor que genera la desarmonización psíquica, asociado a la pérdida de sentido, el aumento de la violencia y la ruptura del camino de vida, lo que desde la salud mental puede entenderse como la manifestación de malestares emocionales y sociales más profundos.

Algunos miembros expresan que el consumo de sustancias como el licor, el cigarrillo o la marihuana se asume como una elección individual, donde no existe una imposición externa directa. Desde esta perspectiva, el consumo se entiende como un “querer de cada persona”, desligado de una obligación colectiva (Fontes, 2025). Esta percepción refuerza la idea de responsabilidad individual frente al uso de sustancias y se relaciona con una baja percepción de riesgo, elemento que, según estudios recientes, incrementa la probabilidad de consumo problemático (Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C., 2022).

Desde la salud mental, este fragmento puede interpretarse como la expresión de una tensión entre la responsabilidad individual y el bienestar colectivo, que incide directamente en la

forma en que la comunidad comprende y afronta el consumo de sustancias. La percepción del consumo como una elección estrictamente personal refleja una individualización del riesgo, propia de enfoques occidentales, que puede debilitar los mecanismos comunitarios de regulación emocional y social. Desde el punto de vista psicológico, esta baja percepción de riesgo favorece la normalización del consumo y dificulta la identificación temprana de señales de uso problemático, aumentando la vulnerabilidad al desarrollo de dependencia y a la aparición de afecciones emocionales como impulsividad, ansiedad y conductas violentas.

En particular, el alcohol es identificado como la sustancia que más ha permeado la vida comunitaria, convirtiéndose en un problema estructural que ha generado conflictos, violencia y debilitamiento del tejido social (Uribe, comunicación personal, 12 de octubre de 2025). Esta preocupación coincide con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2019), al indicar que la dependencia del alcohol en comunidades indígenas se relaciona con la pérdida de costumbres, del idioma y de las creencias, alterando las formas tradicionales de organización y favoreciendo la desintegración social, así mismo se ve reflejado en las respuestas de los cuestionarios donde la comunidad asocia el consumo de SPA con la pérdida de las herencias culturales.

El consumo problemático de alcohol se asocia con dificultades en la regulación emocional, aumento de la impulsividad, depresión, ansiedad y conductas violentas. Estas consecuencias aparecen claramente en los testimonios, donde se reconoce que el alcoholismo ha generado conflictos internos, debilitamiento de la organización comunitaria y pérdida del sentido colectivo. Sebastián Uribe afirma que el alcoholismo ha permeado profundamente a la comunidad, impidiendo el fortalecimiento del cabildo y la unidad social (Uribe, comunicación personal, 12 de octubre de 2025). El Ministerio de Salud y Protección Social (2019) respalda esta percepción al señalar que la dependencia al alcohol en pueblos indígenas se relaciona con la pérdida de costumbres, idioma y creencias, favoreciendo la desintegración social. Desde esta mirada, el alcohol deja de ser solo una sustancia y se convierte en un factor de desestructuración emocional y cultural.

Este fragmento permite interpretar el consumo de alcohol como un factor de riesgo psicosocial estructural que afecta de manera profunda el bienestar emocional, relacional y comunitario del pueblo indígena Tubü Hummürimassa. La identificación del alcohol como la sustancia de mayor impacto evidencia que su consumo no se limita a una práctica individual, sino que se ha integrado de forma problemática en la vida cotidiana, generando conflictos, violencia y debilitamiento del tejido social, elementos que desde la salud mental se asocian con entornos de alta carga de estrés, inseguridad emocional y deterioro de los vínculos de apoyo. La relación que establece la comunidad entre el consumo de SPA y la pérdida de herencias culturales, del idioma y de las creencias refleja una afectación directa a la identidad colectiva, la cual constituye un pilar fundamental del equilibrio psíquico y del sentido de pertenencia.

Asimismo, las consecuencias emocionales descritas dificultades en la regulación emocional, aumento de la impulsividad, síntomas de depresión y ansiedad, y conductas violentas permiten comprender el alcoholismo como una expresión de desarmonización emocional y cultural, más que como un problema exclusivamente clínico. Los testimonios en los círculos de palabra y cuestionarios señalan el debilitamiento de la organización comunitaria y la pérdida del sentido colectivo evidencian que el consumo problemático interfiere con los procesos de cohesión social y liderazgo, afectando la capacidad del cabildo para cumplir su función orientadora y protectora. El alcohol deja de ser entendido únicamente como una sustancia psicoactiva y se configura como un agente de desestructuración emocional, social y cultural, cuyo impacto compromete tanto la salud mental individual como la salud mental comunitaria, al erosionar los vínculos, los referentes simbólicos y los mecanismos tradicionales de contención y cuidado colectivo.

3.8.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el Pueblo Indígena Tubü Hummürimassa los Factores de riesgo en el uso y abuso de sustancias psicoactivas deben comprenderse como la expresión visible de procesos de sufrimiento psicosocial profundos y acumulativos. Lejos de ser una conducta aislada o una elección individual, el consumo problemático emerge como una respuesta desadaptativa frente a contextos de vulnerabilidad estructural, pérdida cultural y deterioro del tejido relacional. Los relatos comunitarios permiten evidenciar que el consumo se inserta en una trama compleja de factores emocionales, familiares, territoriales y culturales que afectan la regulación emocional, el sentido de vida y la identidad colectiva. Desde la salud mental, esta lectura resulta fundamental para evitar abordajes culpabilizantes y promover intervenciones centradas en la reparación del daño psíquico y social.

Uno de los factores de riesgo más significativos identificados es la pérdida del sentido ancestral, medicinal y ritual de plantas como la coca y la marihuana, lo cual representa, desde la salud mental, una ruptura de los marcos culturales de protección emocional. En la cosmovisión Tubü Hummürimassa, estas plantas han funcionado históricamente como mediadoras de equilibrio espiritual, regulación emocional y cohesión comunitaria. Sin embargo, cuando se descontextualizan y se resignifican como objetos de consumo recreativo o económico, se pierde su función simbólica de cuidado. Diana Garnica (comunicación personal, 12 de octubre de 2025)) señala que la coca “pasó de ser una planta ancestral y medicinal a convertirse en una sustancia transformada con fines económicos”, lo que evidencia un proceso de mercantilización que vacía de sentido su uso tradicional, esta pérdida del marco simbólico elimina límites, tiempos y propósitos, aumentando el riesgo de un uso compulsivo orientado a la evasión emocional.

Otro factor de riesgo central es el uso de las SPA como estrategia de afrontamiento frente al sufrimiento emocional. Diversos testimonios evidencian que el alcohol y otras sustancias son utilizadas para intentar manejar emociones como tristeza, frustración, rabia o vacío afectivo. Sebastián Uribe (comunicación personal, 12 de octubre de 2025) señala que

muchas personas recurren al licor creyendo que este les permitirá “arreglar” sus problemas emocionales, cuando en realidad “no arregla nada” y profundiza el daño. Desde la salud mental, esta dinámica se interpreta como un afrontamiento evitativo, en el cual la sustancia cumple una función anestésica temporal que impide la elaboración emocional del conflicto. Mariana Sánchez (comunicación personal, 12 de octubre de 2025) complementa esta idea al indicar que el consumo se convierte en una respuesta automática ante conflictos cotidianos, favoreciendo la dependencia emocional y el deterioro progresivo de la salud mental.

Estas estrategias desadaptativas de afrontamiento suelen estar profundamente vinculadas a heridas emocionales tempranas y a historias de violencia intrafamiliar. Los relatos dan cuenta de experiencias de abandono, maltrato físico y verbal, descalificación constante y falta de afecto, las cuales dejan marcas psíquicas duraderas. J. Uribe (comunicación personal, 12 de octubre de 2025) relata cómo un familiar inició un consumo progresivo de diversas sustancias en relación directa con el rechazo parental, expresado en frases como “ojalá nunca hubiera nacido”. Desde un análisis de salud mental, este tipo de experiencias atentan contra la construcción de la autoestima y el sentido de valía personal, generando sentimientos de culpa, inutilidad y rabia que incrementan la vulnerabilidad al consumo problemático como forma de aliviar un dolor emocional no elaborado.

La violencia intrafamiliar y comunitaria aparece también como un factor de riesgo estrechamente asociado al uso y abuso de SPA. En múltiples testimonios, el alcohol se identifica como un detonante de comportamientos agresivos, humillantes y descontrolados, especialmente en contextos donde existen tensiones previas. Angélica Sánchez (comunicación personal, 12 de octubre de 2025) describe que el consumo de alcohol en los hombres genera una falsa sensación de poder y control que se traduce en groserías, humillaciones y agresiones, llegando incluso al temor de muertes. Con interpretación desde la salud mental, estas dinámicas producen no solo daño en quien consume, sino también trauma emocional en mujeres, niños y niñas que conviven con estas violencias, perpetuando ciclos intergeneracionales de sufrimiento y normalización del maltrato.

Aunque el consumo problemático suele estar socialmente asociado a los hombres, varios testimonios advierten que también existen mujeres con estados de embriaguez severa, aunque sus manifestaciones no siempre sean visiblemente violentas. Correa (comunicación personal 9 de diciembre de 2025) enfatiza que este consumo femenino suele pasar desapercibido o ser minimizado, lo que desde la salud mental resulta especialmente preocupante. Las mujeres tienden a internalizar el malestar emocional a través de la culpa, la vergüenza o el silencio, lo que puede derivar en depresión, ansiedad y consumo oculto. Reconocer estas diferencias de género permite comprender el consumo de SPA como un fenómeno transversal y promover abordajes más equitativos, sensibles y culturalmente pertinentes.

Un factor de riesgo particularmente relevante es la normalización del consumo dentro del entorno familiar, que impacta de manera directa en los procesos de socialización de niños,

niñas y adolescentes. Desde la salud mental del desarrollo, los comportamientos de los adultos funcionan como modelos de aprendizaje. G. Uribe (comunicación personal, 2025) señala que cuando los adultos consumen y se comportan de manera grosera o violenta, los niños interiorizan estas prácticas como normales. Esto se articula con lo planteado por González Díaz y Castro Torres (2024), quienes afirman que gran parte de los adolescentes inician el consumo por la influencia de sus entornos familiares y comunitarios. Esta normalización debilita las barreras psicológicas frente al consumo y aumenta el riesgo de inicio temprano y dependencia.

La facilidad de acceso a las SPA constituye un factor de riesgo estructural determinante. Alejandro García (comunicación personal 11 de noviembre de 2025) señala que en los territorios descritos el alcohol se vende a cualquier hora del día y existen puntos de expendio de SPA ampliamente conocidos, frente a los cuales la comunidad guarda silencio por temor. Desde la psicología ambiental, esta alta disponibilidad reduce la percepción de riesgo y facilita la transición de un uso experimental a uno problemático. Los cuestionarios aplicados a los líderes de la comunidad respaldan esta interpretación al señalar que la facilidad de acceso (68.2%) y la curiosidad (52.0%) son indicadores clave de vulnerabilidad, especialmente en contextos de baja regulación social.

A estas dinámicas se suman condiciones de vulnerabilidad social y territorial como la pobreza, la migración forzada y la precariedad habitacional. El Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hummürimassa (2024) describe que las familias asentadas en barrios como Aguas Claras enfrentan altos niveles de riesgo social, cultural y ambiental, producto de procesos históricos de desplazamiento y exclusión. Estas condiciones generan estrés crónico, ansiedad y sentimientos de desesperanza que incrementan la probabilidad de recurrir al consumo de SPA como forma de afrontamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social (2019) reconoce que factores como el conflicto armado y la migración inciden directamente en el bienestar mental de las poblaciones.

Otros factores de riesgo identificados en los cuestionarios individuales aplicados son la desesperanza estructural y el vacío en el proyecto de vida emergen como factores de alto peso, evidenciados en porcentajes como el 86.4% asociado a la falta de oportunidades y el 70.5% al ocio no productivo. Desde la salud mental, estos datos reflejan un estado de desesperanza aprendida, en el cual las personas, especialmente los jóvenes, no logran proyectarse hacia el futuro. Ante la ausencia de educación, empleo y reconocimiento social, el consumo de SPA aparece como una fuente de gratificación inmediata que compensa temporalmente la frustración existencial. Este fenómeno transforma el territorio en un espacio de estancamiento emocional donde la sustancia ocupa el lugar del propósito vital.

Asimismo, la influencia externa y la pérdida de identidad cultural, con un 79.0%, se interpretan desde la psicología como estrés aculturativo. La erosión de la identidad indígena genera crisis de pertenencia y disonancia cognitiva: el individuo se distancia de su raíz cultural sin lograr integrarse plenamente al mundo urbano. En este contexto, el consumo actúa como un falso puente para aliviar el dolor del desarraigo. La presión de grupo (74.0%), frente a un 58.0%

de conflictos familiares, evidencia que los pares están suplantando a la familia como referente identitario, pero desde dinámicas de riesgo. Desde la salud mental, esto indica un debilitamiento del sistema de apoyo primario y una mayor vulnerabilidad psíquica.

La falta de conciencia del problema y la dificultad para pedir ayuda constituyen un factor de riesgo transversal. Uribe (comunicación personal, 9 de diciembre de 2025) señala que “si ellos no piden sanación, es imposible sanarlos”, lo que refleja procesos de negación y vergüenza que obstaculizan la búsqueda de apoyo. Desde el reconocimiento del malestar es un paso esencial para cualquier proceso de cambio. La negación prolonga el consumo y profundiza el deterioro emocional y relacional, generando sentimientos de impotencia en las familias. En conjunto, estos factores evidencian que el uso y abuso de SPA en el pueblo Tubü Hummürimassa es el resultado de una compleja interacción de determinantes individuales, familiares, comunitarios y estructurales, lo que exige estrategias de prevención y cuidado centradas en la reconstrucción de vínculos, el fortalecimiento de la salud mental colectiva y la recuperación de prácticas ancestrales de armonización y cuidado.

3.8.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Uno de los principales factores protectores frente al consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) en el pueblo Tubü Hummürimassa es el uso consciente, ritualizado y guiado de la medicina ancestral. Los resultados del Cuestionario Individual SPA, aplicado a 11 personas de la comunidad, permiten reforzar esta afirmación desde una base empírica: existe un consenso amplio en que las prácticas culturales, espirituales y medicinales propias constituyen mecanismos efectivos de prevención y cuidado.

Sustancias como el tabaco, el yemurú, el ambil, la chicha o la marihuana no son concebidas, dentro de la cosmovisión Tubü, como instrumentos de evasión o recreación, sino como herramientas de armonización y aprendizaje. Jaime Sánchez (comunicación personal, 2025) señala que estas plantas son medicina y espacios de sanación cuando su uso está orientado por el conocimiento ancestral y la intención correcta. Esta diferenciación entre uso y abuso encuentra respaldo en los cuestionarios, donde predomina la valoración positiva del fortalecimiento de la identidad cultural y del uso de saberes y medicinas propias como factores protectores directos frente al consumo problemático.

El consumo ritual no se da de forma impulsiva ni individualizada, sino en escenarios regulados culturalmente. Gladis (comunicación personal, 2025) subraya la importancia de no negar el uso ritual, pues ello implicaría desconocer prácticas que históricamente han contribuido al equilibrio emocional y espiritual. Sebastián Uribe (comunicación personal, 2025) describe cómo el aprendizaje sobre la medicina ancestral resignificó su relación con las sustancias, comprendiendo que el daño no radica en la planta, sino en el desconocimiento y el uso inadecuado. Este proceso de resignificación se articula con un hallazgo central del cuestionario: la conexión con las raíces culturales, el territorio y la espiritualidad es percibida como el principal factor protector frente al consumo de SPA.

En coherencia con ello, los espacios comunitarios de palabra, círculos de diálogo, sentadas y rituales colectivos, emergen como dispositivos preventivos clave. Según Sebastián Uribe (2025), el yemurú y el tabaco se utilizan para compartir, reflexionar y armonizar, no para perder el control. Amparo Ardila (2025) enfatiza que incluso cuando el alcohol tiene presencia ritual, su finalidad no es la agresión sino la escucha. Estas prácticas encuentran sustento en los resultados cuantitativos: la totalidad de las personas encuestadas se ubican entre “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” en que la unión familiar actúa como factor protector, y existe alta frecuencia de respuestas positivas respecto a la participación en actividades comunitarias como estrategia preventiva.

El círculo de la palabra funciona, además, como espacio de regulación emocional colectiva. Gloria Uribe (2025) describe la medicina ancestral como una forma de “limpieza” emocional que reorganiza internamente a la persona. Esta dimensión coincide con la percepción comunitaria de que las SPA afectan negativamente la mente y el cuerpo, y que su impacto trasciende al individuo, generando problemas comunitarios, afirmación respaldada por el 100 % de las personas encuestadas. Así, mientras el consumo problemático es interpretado como ruptura del equilibrio colectivo, la medicina ancestral y la palabra operan como restauradoras de la armonía.

La familia aparece reiteradamente como el primer espacio protector. Correa (comunicación personal, 2025) destaca la necesidad de explicar a niños y jóvenes el sentido del uso ritual de las medicinas, estableciendo límites claros frente al consumo recreativo. Este planteamiento se alinea con los resultados del cuestionario, que muestran consenso absoluto en torno a la unión familiar como pilar preventivo. Desde una perspectiva de salud mental, la familia no solo transmite valores, sino que fortalece habilidades como la regulación emocional y la toma de decisiones, reduciendo la probabilidad de que las SPA se utilicen como mecanismo de afrontamiento inadecuado.

El acceso a la educación y la construcción de un proyecto de vida significativo también emergen como factores protectores, aunque con matices. La gráfica correspondiente a la permanencia en el colegio o universidad presenta mayor dispersión de respuestas, lo que sugiere que la educación, si bien valorada, no se percibe como suficiente por sí sola. Este hallazgo refuerza la idea de que los factores protectores deben ser integrales y culturalmente contextualizados, combinando escolarización, identidad cultural y apoyo familiar.

En cuanto a las normas comunitarias, el Mandato del Cabildo Tubú (2024) establece acuerdos para regular el uso inadecuado de alcohol y otras sustancias. Esta dimensión normativa se complementa con la percepción recogida en el cuestionario, donde el consumo es entendido como fenómeno social arraigado en dinámicas familiares y culturales. La existencia de normas claras fortalece el sentido de pertenencia y reduce la ambigüedad frente a conductas de riesgo.

Por otra parte, el cuestionario evidencia una percepción crítica frente al apoyo institucional externo, con concentraciones significativas en “En desacuerdo” y “Algo en

desacuerdo”. Esto sugiere que, aunque la búsqueda de ayuda profesional es reconocida como necesaria en situaciones de crisis, como lo señala Y. Ardila (2025), la articulación entre instituciones y comunidad requiere mayor pertinencia intercultural.

Reconocer el problema y pedir ayuda constituye, en este marco, un acto de salud mental. J. Uribe (2025) describe la aceptación del alcoholismo como un proceso doloroso pero imprescindible para iniciar la transformación personal. Esta experiencia dialoga con la percepción comunitaria de que el consumo no es un fenómeno individual aislado, sino expresión de malestares sociales más amplios vinculados al desarraigo cultural, la pérdida de prácticas tradicionales y la falta de oportunidades.

En síntesis, la integración de los relatos de autoridad y los resultados del cuestionario permite afirmar que los factores protectores en el pueblo Tubü Hummürimassa se estructuran en torno a cuatro ejes fundamentales: (1) la medicina ancestral como práctica regulada y orientada a la armonización; (2) la familia como núcleo de cuidado psicoemocional; (3) la identidad cultural y la conexión espiritual como marcos de sentido y pertenencia; y (4) la corresponsabilidad comunitaria, fortalecida por normas propias y espacios de palabra. La prevención del consumo problemático de SPA, desde esta perspectiva, no se limita a la restricción o sanción, sino que se fundamenta en el fortalecimiento del tejido cultural, emocional y espiritual que sostiene el bienestar colectivo.

3.8.4. Análisis territorial

El ejercicio de recorrido territorial del pueblo Tubú se desarrolló en el barrio Aguas Claras, en la localidad de San Cristóbal, ubicado en el borde oriental colindante con el corredor de los cerros orientales. Debido a su localización periférica y sus dinámicas sociales y ambientales, el barrio presenta condiciones específicas que inciden directamente en la percepción y vivencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), tanto legales como ilegales, así como en los procesos comunitarios de protección.

En el barrio Aguas Claras se identifican nodos relevantes para el análisis territorial: el río Fucha, el sector de la Ye, el mirador del barrio La Celia y el sector de Yuste. Estos lugares se configuran como espacios de reserva ambiental, conexión con la naturaleza, miradores y áreas verdes recreativas que, si bien poseen un alto valor simbólico y ambiental para la comunidad, han sido transformados parcialmente en escenarios de consumo de SPA. Su condición de borde y su cercanía a los cerros orientales los convierte en lugares aislados, con menor control institucional, lo que facilita dinámicas de consumo y habitabilidad en calle, incrementando la percepción de inseguridad y la exposición de jóvenes a estas prácticas.

Un elemento adicional identificado en este sector es el impacto ambiental sobre los abuelos sabedores. Las bajas temperaturas y las lluvias frecuentes propias de las zonas de reserva de los cerros orientales han afectado su salud, situación que se agrava por la presencia de consumo en estos espacios naturales, lo que limita su uso seguro y afecta directamente a los

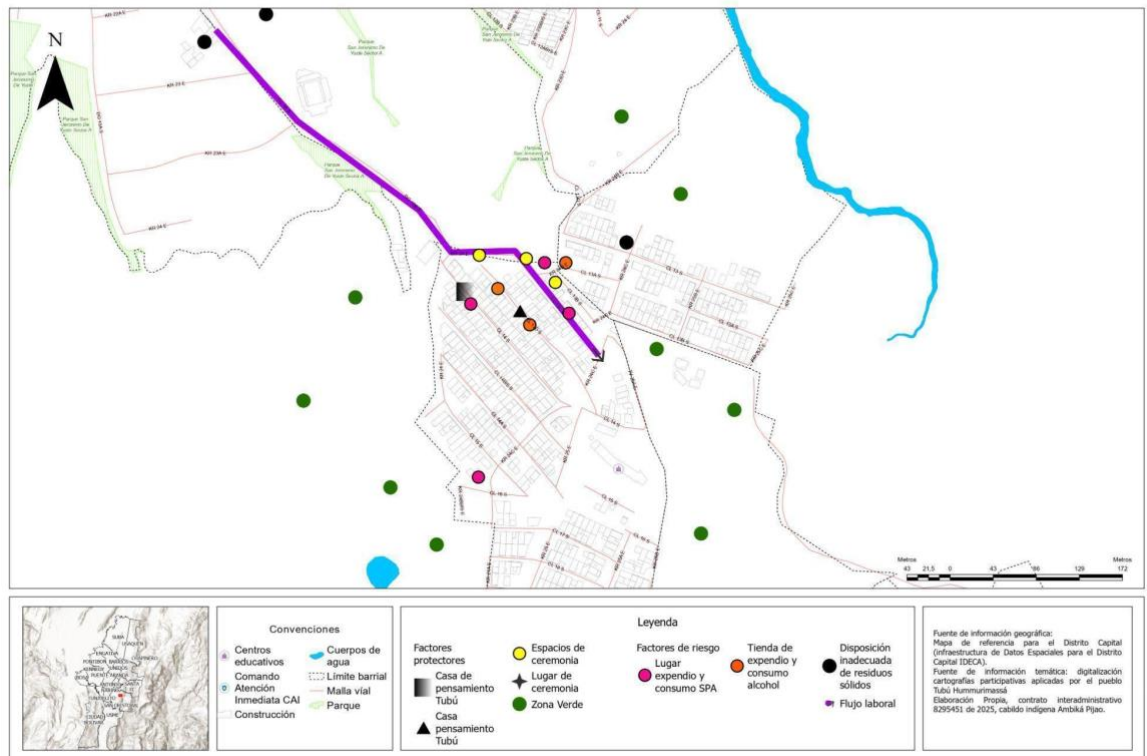
mayores. De esta manera, el daño ambiental y las dinámicas de consumo inciden no solo en la seguridad sino también en el bienestar físico y espiritual de la comunidad.

Otro de los factores de riesgo en Aguas Claras son las tiendas tradicionales del barrio, donde no existe regulación frente al consumo de alcohol y cigarrillo, lo que ha normalizado estas prácticas. En relación con el consumo ilegal de SPA, se evidencia una percepción generalizada de inseguridad asociada a la exposición constante de jóvenes en espacios donde se realizan estas actividades lo que se suma a que los caminos y sendas utilizados cotidianamente para actividades laborales, educativas y comerciales atraviesan lugares donde se presenta venta y consumo legal e ilegal de sustancias, generando escenarios de riesgo cotidiano.

En cuanto a los factores protectores, la Casa de Pensamiento Tubú Hummurimassá constituye un eje central de protección ya que allí se desarrollan talleres, recorridos de reconocimiento territorial y espacios comunitarios de anclaje que fortalecen la identidad y la prevención frente al consumo de SPA. También los parques, las escuelas y los espacios de ceremonia son igualmente identificados como nodos protectores, en tanto permiten realizar actividades comunitarias orientadas al cuidado del medio ambiente, la transmisión de saberes y la cohesión social. No obstante, en horas nocturnas estos mismos entornos presentan dinámicas distintas, concentrándose en sus alrededores el consumo de SPA, lo que evidencia una dualidad en el uso del espacio.

Figura 8. *Cartografía Participativa del Pueblo Tubú: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.*

*Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo del pueblo Tubú Hummurimassá
Aguas Claras, San Cristóbal, Bogotá.*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía participativa del barrio Aguas Claras permite visualizar con mayor precisión esta tensión territorial. En el mapa se identifican los factores protectores representados por la Casa de Pensamiento Tubú, los espacios de ceremonia y las zonas verdes que rodean el asentamiento, especialmente hacia el borde de los cerros orientales. Estos elementos aparecen como anclajes territoriales distribuidos tanto en el núcleo urbano del barrio como en su periferia natural. Paralelamente, los factores de riesgo como los lugares de expendio y consumo de SPA, tiendas de alcohol, puntos de disposición inadecuada de residuos sólidos, se concentran principalmente sobre el eje vial central señalado en el recorrido (flujo laboral), configurando un corredor que atraviesa el barrio y conecta con sectores más amplios de la localidad. Esta superposición evidencia que los trayectos cotidianos de la comunidad coinciden espacialmente con nodos de riesgo.

Asimismo, el mapa muestra cómo las zonas verdes y los bordes ambientales, que deberían funcionar exclusivamente como espacios de protección, aparecen intercalados con puntos de consumo y expendio, lo que confirma que los cerros orientales y sus alrededores operan simultáneamente como lugares de conexión espiritual y como escenarios de vulnerabilidad por su bajo control institucional. En este sentido, la intención de la cartografía no es solo localizar

puntos de consumo, sino evidenciar cómo los factores de riesgo se insertan en los mismos espacios y rutas donde la comunidad sostiene sus prácticas culturales, revelando una tensión permanente entre protección y riesgo que estructura la experiencia territorial del pueblo Tubú en Aguas Claras.

3.9. Pueblo Uitoto

3.9.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

La percepción del pueblo Uitoto sobre las sustancias psicoactivas (SPA) se estructura a partir de una distinción ontológica y cultural entre el uso sagrado de las plantas maestras y el consumo profano de sustancias externas. Esta diferenciación no constituye una simple clasificación moral, sino un principio organizador del equilibrio comunitario y territorial, inscrito en la Ley de Origen y en la noción de Buinaima (buen vivir).

Desde la perspectiva comunitaria, plantas como la coca, el tabaco y el yagé no se entienden bajo el paradigma occidental de “sustancias psicoactivas”, sino como “medicinas propias” y “alimentos espirituales”. Su uso está regulado por los sabedores y enmarcado en rituales específicos de armonización, toma de decisiones y transmisión de saberes. Como lo expresó el Cabildo: “El mambe no es para ‘volarse’, es para aterrizar, para ver claro el camino de la vida y sanar las heridas del corazón. Es un Padre que enseña y limpia” (Cabildo Uitoto, 2025, p. 1). Esta comprensión coincide con lo documentado por Posada-Zapata & Mendoza-Ríos (2017, p. 6), quienes evidencian que en contextos indígenas el uso de plantas sagradas se vincula con salud integral y dimensión espiritual, diferenciándose radicalmente del consumo recreativo occidental.

El análisis cuantitativo del cuestionario aplicado permite profundizar esta percepción. El 70% de las personas encuestadas reconoce que las SPA afectan mente y cuerpo, y el 65% considera que generan problemas en la comunidad. Asimismo, el 60% las asocia con el alejamiento de valores y costumbres tradicionales. Estos resultados confirman que, aun reconociendo la dimensión sagrada de ciertas plantas, existe claridad colectiva sobre los efectos nocivos del consumo desregulado. No obstante, solo el 40% considera que el tema se aborda abiertamente, y un 55% percibe que las personas consumidoras no reciben comprensión ni apoyo, lo que evidencia tensiones internas y procesos de estigmatización.

Esta aparente paradoja se explica desde los círculos de palabra, donde se distingue entre sustancias “buenas” (mambe, ambil, plantas medicinales) y “malas” (alcohol industrial, bazuco, drogas sintéticas). El consumo problemático no se interpreta meramente como conducta desviada, sino como síntoma de desconexión espiritual y cultural. “El muchacho que se mete a eso ya no viene al trabajo comunitario, se olvida de sus abuelos, se vuelve irrespetuoso” (Cabildo Uitoto, 2025, p. 1). Así, el juicio no recae sobre la sustancia en sí, sino sobre la naturaleza del vínculo que se establece con ella: colectivo, regulado y sagrado, o individual, desregulado y descontextualizado.

En esta línea, la comunidad identifica el consumo profano como expresión de la “enfermedad del olvido”: pérdida identitaria asociada al desplazamiento y a la vulnerabilidad urbana. El 65% de los encuestados señala que la pérdida de prácticas culturales y el desarraigo incrementan el riesgo de consumo. Esta convergencia entre datos cuantitativos y narrativas cualitativas permite interpretar que el consumo problemático opera como indicador de fractura cultural. Como sintetiza un sabedor: “el bazuco es la tristeza hecha humo. Y solo se cura con la alegría de la danza y la palabra dulce del mambe” (Cabildo Uitoto, 2025, p. 1).

En consecuencia, la percepción del Pueblo Uitoto es sistémica y simbólica: el uso ritual fortalece la vida comunitaria y la salud cultural; el consumo individual y recreativo representa rompimiento espiritual, familiar y territorial. Esta cosmovisión exige enfoques diferenciales en salud pública que reconozcan la distinción entre uso cultural y consumo problemático, tal como lo demandan estudios con población indígena universitaria (Posada-Zapata & Mendoza-Ríos, 2017, p. 1).

3.9.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

El análisis integrado de fuentes primarias, cuestionarios individuales y literatura especializada revela una constelación interconectada de factores de riesgo que operan en niveles estructural, sociocultural, territorial e individual. En el plano estructural, el 75% de los encuestados identifica la falta de oportunidades educativas y laborales como factor determinante, y el 70% señala la facilidad de acceso a SPA en el entorno urbano. Estos datos dialogan con lo señalado por la Secretaría Distrital de Salud (2022) sobre la incidencia de desigualdad económica en contextos urbanos. La precariedad no solo limita ingresos, sino que genera desesperanza y sensación de vacío, especialmente en jóvenes.

En el plano sociocultural, el 65% reconoce que la pérdida de prácticas culturales incrementa el riesgo. El análisis cualitativo profundiza esta cifra: el verdadero riesgo emerge del desarraigo territorial. La ruptura de la economía de autosuficiencia, la debilitación de la transmisión espiritual y el choque cultural urbano fracturan el tejido protector. Castaño-Betancourth et al. (2024) señalan que el vacío identitario y la discriminación incrementan la susceptibilidad al consumo, hallazgo coherente con la experiencia relatada por la comunidad.

Un elemento crítico es la comercialización no ritual de plantas sagradas, práctica que desvirtúa su sentido protector (Cabildo Uitoto, 2025, p. 4). Esta situación representa un doble riesgo: sanitario y simbólico. En el nivel individual y familiar, se identifican factores como conflictos intrafamiliares, ausencia de figuras de autoridad respetadas, deserción escolar y carencia de redes de apoyo emocional. El consumo aparece, en algunos casos, como intento de automedicación frente al “akábe interior”, desarmonía emocional derivada del desplazamiento y la discriminación. Sin embargo, solo el 30% considera el consumo como estrategia válida de afrontamiento, lo que indica que no existe normalización cultural del uso problemático. La triangulación metodológica permite concluir que los factores de riesgo no operan de forma

aislada, sino como un ciclo de vulnerabilidad: la exclusión estructural produce fractura cultural; la fractura cultural genera vacío identitario; el vacío facilita el consumo; el consumo profundiza la desintegración comunitaria.

3.9.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Frente a este panorama, la comunidad cuenta con un sistema robusto de factores protectores anclados en su cultura ancestral y organización comunitaria. A nivel estructural, el gobierno propio ejercido a través del cabildo constituye un eje protector. La toma de decisiones colectivas y la orientación de los mayores fortalecen la agencia comunitaria. “La búsqueda de soluciones tiene que involucrar sobre todo a los abuelos (...) no al revés” (Cabildo Uitoto, 2025). La literatura respalda que los sistemas propios de justicia y regulación fortalecen la cohesión (Ministerio de Justicia, 2020).

En el plano sociocultural, el cuestionario evidencia que la unión familiar es reconocida como principal factor protector (85%), seguida del fortalecimiento identitario (80%) y la participación en actividades culturales y deportivas (75%). Estos datos convergen con la valoración cualitativa de los rituales de mambe, ambil y danzas como núcleos de cohesión. La regulación comunitaria del acceso a las plantas sagradas constituye un mecanismo preventivo clave: “Allá los abuelos no dejaban... sólo para conocer lo ancestral” (Cabildo Uitoto, 2025).

La espiritualidad actúa como columna vertebral del sistema protector, ofreciendo sentido, pertenencia y equilibrio emocional. No obstante, su eficacia depende de la existencia de espacios de palabra, tales como mambeaderos, círculos intergeneracionales, cuyo sostenimiento en la ciudad enfrenta limitaciones económicas. Aquí emerge una tensión central: el saber ancestral es protector, pero requiere condiciones materiales que lo hagan viable en el entorno urbano.

A nivel individual, la transmisión intergeneracional, el acompañamiento afectivo y la voluntad personal fortalecen la resiliencia. La literatura señala que el diálogo familiar sobre riesgos es un factor protector prevalente (Pedroza-Buitrago et al., 2020), coherente con la percepción comunitaria.

En síntesis, la resiliencia Uitoto opera como un sistema cultural integral compuesto por gobierno propio, espiritualidad viva y familia cohesionada. La prevención efectiva del consumo problemático no puede separarse del fortalecimiento identitario y territorial en la ciudad. Las intervenciones externas serán legítimas y eficaces únicamente si parten del reconocimiento de este ecosistema protector y garantizan condiciones económicas y logísticas que permitan su sostenimiento autónomo.

La triangulación de datos cualitativos y cuantitativos permite concluir que el consumo de SPA es, para la comunidad Uitoto en Bogotá, un síntoma de desequilibrio mayor vinculado al desarraigo y la fragmentación cultural. Por tanto, la respuesta no puede limitarse al control de sustancias, sino que debe orientarse a la reconstrucción del tejido espiritual, comunitario y

económico bajo el liderazgo de los sabedores y mayores, como vía para restaurar el Buinaima en el contexto urbano.

3.9.4. Análisis territorial

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Uitoto se desarrolló en la localidad de Usme, específicamente en la UPZ Asentamiento Polígono 194, barrio Polígono 194, un sector que la comunidad denomina Jofochupi. Este territorio es descrito como un espacio urbano de alta vulnerabilidad, conformado en el marco de procesos de desplazamiento forzado donde muchas familias llegaron a la ciudad para sobrevivir y no de manera voluntaria.

El documento caracteriza a Jofochupi como un territorio con condiciones físicas y sociales precarias en donde si bien existen algunas vías principales pavimentadas predominan las calles sin asfaltar, los senderos peatonales informales, las escaleras improvisadas y hay múltiples dificultades de movilidad que se agravan en condiciones de lluvia. Se documenta también acumulación de basuras en el espacio público, presencia de animales en estado de abandono, iluminación deficiente y una fuerte sensación de inseguridad durante la noche.

Como factores que afectan a la comunidad, se identifica que trasladarse a la ciudad transformó profundamente su calidad de vida exponiendo al pueblo a elementos del entorno urbano, tales como la contaminación, las dificultades de movilidad, el estrés asociado a la supervivencia cotidiana, una alimentación percibida como “basada en químicos” y la falta de acceso a vivienda y trabajo estable que, en conjunto, son comprendidos como detonantes de enfermedades tanto físicas como espirituales. En este contexto, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), especialmente de alcohol, aparece como una problemática visible y extendida en el territorio.

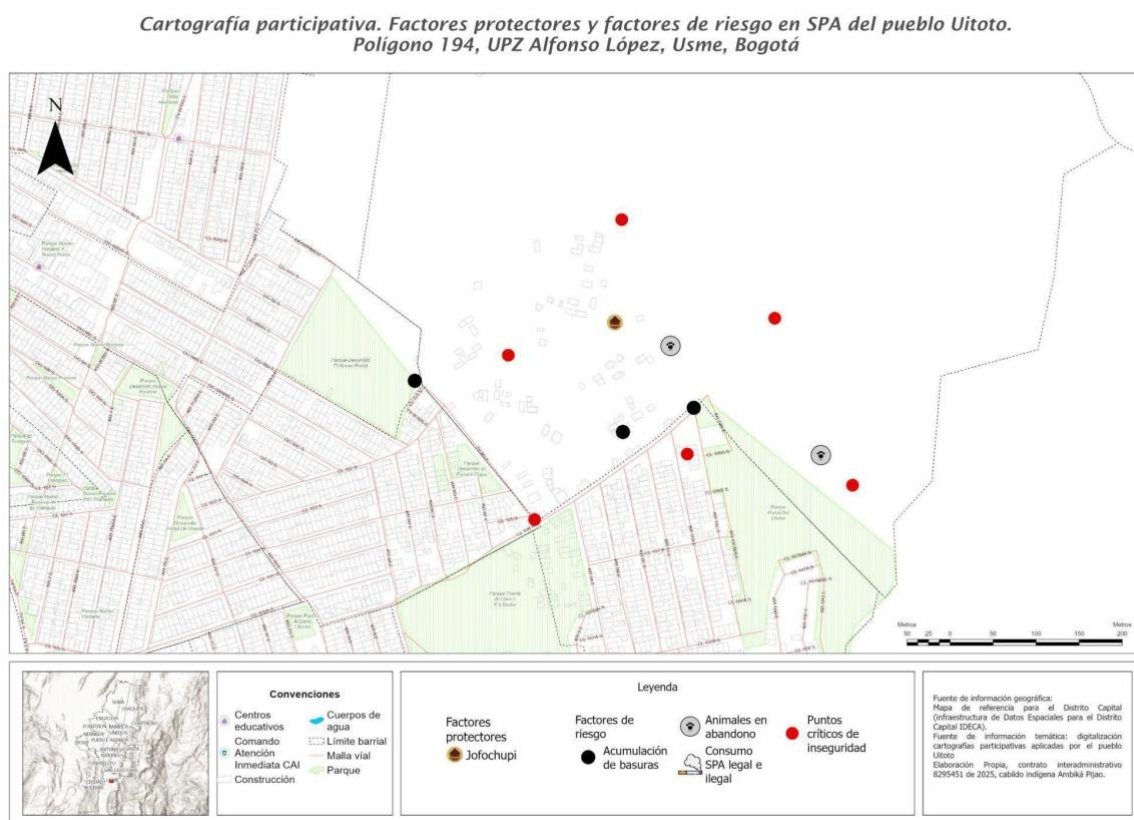
La ficha describe a Jofochupi como una zona donde el consumo de SPA se encuentra normalizado y lo asocia con la ocurrencia de riñas, conflictos intrafamiliares y situaciones de violencia. El desempleo y la falta de oportunidades educativas son señalados como factores principales que influyen en el consumo, generando sentimientos de desesperanza y profundizando los conflictos familiares. Aunque se reconoce que no todas las personas residentes consumen sustancias, la ausencia de control institucional favorece la llegada de personas externas al sector, que acuden al territorio para consumir alcohol y drogas afectando especialmente a los más jóvenes. Desde la mirada propia del pueblo Uitoto, el consumo de SPA es comprendido como una enfermedad espiritual adquirida en el contexto urbano, estrechamente relacionada con el desarraigo, el duelo por la pérdida del territorio ancestral y la adaptación forzada a la vida en la ciudad, vinculando de manera directa el estado del territorio con el estado del cuerpo y del espíritu.

Como estrategias de protección, el pueblo Uitoto señala que la vida comunitaria se organiza principalmente alrededor del cabildo indígena el cual ellos identifican como un espacio central de orientación, acompañamiento y control social a través de los procesos de educación propia. En este lugar, los abuelos y mayores cumplen un papel fundamental como guías

espirituales y transmisores de saberes, contribuyendo al sostenimiento de la identidad cultural en un contexto urbano difícil, señalando la existencia de dinámicas de apoyo mutuo y trabajo psicosocial comunitario orientadas a enfrentar las secuelas del desplazamiento forzado y los desafíos de la vida en la ciudad. También resaltan prácticas como los bailes tradicionales, los rituales de sanación, la oralidad y la narración de la ley de origen los cuales se reconocen como fundamentales en procesos de sanación de enfermedades espirituales como el alcoholismo, que es adquirido en el entorno urbano.

La movilidad dentro del territorio también se ha transformado en una herramienta de protección mediante el reconocimiento de rutas amigables y el traslado colectivo, lo que reduce la sensación de exposición al riesgo y el sentimiento de desamparo. En última instancia, la resistencia del pueblo Uitoto en Bogotá se fundamenta en la capacidad de comprender el territorio como un espejo del cuerpo y el espíritu. Así, las prácticas de sanación, la oralidad y los bailes tradicionales no son solo expresiones culturales, sino mecanismos técnicos de intervención psicosocial orientados a mitigar las secuelas del conflicto armado y la violencia estructural. La integración de estos saberes ancestrales con la organización política urbana constituye la principal barrera frente a la degradación social, permitiendo que el asentamiento de Jofochupi pase de ser un espacio de vulnerabilidad a un territorio de resistencia y cuidado mutuo.

Figura 9. *Cartografía Participativa del Pueblo Uitoto: Factores Protectores y de riesgo de SPA.*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía evidencia que en el Polígono 194 existe una alta concentración de puntos críticos de inseguridad y consumo de SPA distribuidos en el interior y en los bordes del asentamiento, varios de ellos colindantes al sitio sagrado de Jofochupi. El mapa muestra que estos puntos no se ubican de manera aislada, sino que rodean y atraviesan el espacio habitado lo que los hace ser identificados como amenazas constantes a la convivencia y salud del pueblo Uitoto. Esto es más problemático si se tiene en cuenta que el asentamiento del pueblo se dio en este espacio debido a condiciones de desplazamiento forzado y de violencia, lo que los obligó a asentarse en este espacio que es concebido como un asentamiento irregular y que por ende está condicionado por una amplia precariedad y abandono estatal e institucional, acentuando aún más

la vulnerabilidad de quienes habitan el espacio. Esto impacta de manera directa en la relación con el territorio pues como señala el pueblo, este es un ser vivo que puede enfermar y cuando el consumo se instala en los alrededores del espacio sagrado, no solo se altera el orden social sino también el equilibrio espiritual.

3.10. Pueblo Yanacona

3.10.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Desde la mirada del pueblo Yanacona, el término de Sustancias Psicoactivas (SPA) solo se entiende al hablar de sustancias externas o introducidas por el sistema occidental, cuyo uso se da por fuera de su concepción central para la comunidad, que es cultural y espiritual. De acuerdo con esto, en las percepciones del pueblo, se expresa: “que muchas veces se dice que ciertas plantas ‘son malas’ sin conocer sus usos medicinales, lo que genera confusión entre droga y medicina” (A. Rodríguez, comunicación personal, 2025).

El análisis cuantitativo del cuestionario confirma esta distinción conceptual. Si bien la mayoría reconoce que las SPA pueden afectar la mente y el cuerpo (Ítem 1, promedio 3.00 en escala de 1 a 4), dicha afirmación se refiere explícitamente a las sustancias entendidas como occidentales. Esta claridad se profundiza cuando el 3.09 de promedio en el ítem sobre si el consumo genera una desarmonía emocional y/o espiritual, evidencia que el fenómeno es interpretado principalmente como una ruptura del equilibrio interno.

Esta idea se refuerza con lo obtenido en el grupo focal, en el cual se indica que el comportamiento de los jóvenes frente a las SPA se relaciona con la forma cómo han aprendido a diferenciar entre medicina ancestral que cura y las sustancias externas que dañan (Y. S. Jiménez Itaz, comunicación personal, 2025). Esta percepción comunitaria coincide con lo planteado por Delgado y Torres (2021), quienes señalan que, en contextos interculturales urbanos, los pueblos indígenas tienden a interpretar el consumo de sustancias no como un fenómeno exclusivamente individual, sino como una expresión de procesos sociales, culturales y espirituales más amplios.

Así mismo, se precisa que las plantas que alteran el estado de conciencia, cuando son usadas bajo orientación espiritual y propósito ritual, no son asociadas al consumo de SPA. Esto es soportado por la autoridad tradicional:

Las SPA son creadas por el hombre para dañar al hombre. ¿Qué diferencia hay entre la parte occidental y nosotros? Es que nosotros nos basamos bajo unos principios y los principios a vos no te dejan, eso es lo que ustedes tienen que replicar en sus hogares a los niños, jóvenes para que nuestro legado... es que nosotros tenemos que medianamente cuidar primero lo nuestro porque es un territorio. (P. Majin, comunicación personal, 2025).

Por el contrario, estas plantas son reconocidas como herramientas de armonización. En los relatos recogidos en los círculos de la palabra y la relatoría territorial, se mencionó que cuando una persona se encuentra desequilibrada por tener "deudas" emocionales, puede recurrir a prácticas externas que afectan su conexión con el territorio. Al respecto, los hallazgos de los cuestionarios individuales y grupos focales asocian el alejamiento de los valores comunitarios y la existencia de "karmas" (conflictos internos por desobediencia de reglas) como factores de riesgo. Estos efectos son comprendidos como señales de alerta y no como diagnósticos clínicos.

Desde esta perspectiva, la prevención se entiende como un fortalecimiento del equilibrio espiritual. Esta visión dialoga con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (2021), que reconocen la importancia de los enfoques comunitarios e interculturales, aunque la comunidad aporta una profundidad espiritual que trasciende los marcos técnicos.

Asimismo, los comuneros señalaron que el consumo se relaciona con la “pérdida de identidad del pueblo” y el “desarraigo cultural”, especialmente en el contexto urbano de Bogotá (Pueblo Yanacona en Bogotá, comunicación personal, 2025). Estas ideas coinciden con Castaño-Betancourth et al. (2024), quienes identifican la ruptura del tejido comunitario como un factor asociado al consumo en pueblos afectados por procesos de urbanización. De igual forma, las relatorías evidenciaron que la exposición cotidiana a entornos urbanos normalizados incrementa los riesgos; algunos participantes mencionaron que los jóvenes “se aíslan” y presentan cambios conductuales (Pueblo Yanacona en Bogotá, comunicación personal, 2025). Esta percepción también dialoga con la Secretaría Distrital de Salud (2022), que reconoce la influencia de los contextos urbanos en la configuración de riesgos.

Una diferencia central se presenta en la interpretación de sustancias tradicionales. Un comunero expresó que “el chirrincho es bueno, pero todos los días no creo que sea bueno en exceso” (Pueblo Yanacona en Bogotá, comunicación personal, 2025), marcando una distinción entre el uso cultural y el uso excesivo. Mientras que la mirada occidental suele clasificar estas prácticas automáticamente como consumo de SPA, para el pueblo Yanacona el problema es la pérdida de regulación. Finalmente, se resaltó que algunas plantas “pueden tomarse como medicina para curar enfermedades que la cultura occidental no puede” (Pueblo Yanacona en Bogotá, comunicación personal, 2025), validando el saber ancestral como eje de sanación.

3.10.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Desde las percepciones del pueblo Yanacona, los factores de riesgo frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) no se comprenden como una suma de comportamientos individuales, sino como señales de desarmonía que se manifiestan cuando se debilitan la palabra, el acompañamiento familiar, la comunidad y el vínculo con el territorio. En los espacios colectivos, la comunidad expresó que el riesgo aparece cuando “la persona se va quedando sola, sin consejo y sin orientación”, situación que se agudiza en el contexto urbano.

El análisis cuantitativo del cuestionario refuerza esta comprensión relacional del fenómeno. Frente a la afirmación según la cual las dificultades familiares aumentan el riesgo de consumo, se obtuvo uno de los promedios más altos de la categoría (3.36 en una escala de 1 a 4), lo que evidencia un consenso significativo sobre la centralidad del entorno familiar. De manera similar, la percepción de que las redes de apoyo son escasas alcanzó un promedio de 3.27, confirmando la sensación de fragilidad en los mecanismos colectivos de contención. Estos resultados dialogan directamente con lo expresado por un líder comunitario: “muchos jóvenes consumen porque nadie los escucha en la casa” (Líder comunitario, comunicación personal, 2025).

Esta problemática se ve atravesada, en primer lugar, por diversas situaciones estructurales identificadas en las voces de la comunidad. Se reconoce que la falta de oportunidades y el abandono institucional son factores que abren camino al consumo; en el círculo de la palabra se expresó que “cuando no hay trabajo ni estudio, los jóvenes se mantienen en la calle y ahí es donde empiezan a dañarse” (Comunicación personal, 2025). Esta percepción se refuerza con lo dicho en el grupo focal, donde se señaló que la ciudad ofrece múltiples riesgos y escasas oportunidades positivas para los jóvenes indígenas (Comunicación personal, 2025). Asimismo, la comunidad manifestó que la ausencia de programas preventivos con enfoque cultural genera desconfianza, pues la comunidad percibe que las instituciones “a veces vienen solo a preguntar, pero no a acompañar de verdad” (Líder comunitario, comunicación personal, 2025). Estas expresiones dialogan con los planteamientos sobre desigualdad y exclusión de la Secretaría Distrital de Salud (2022), pero desde la comunidad se viven como experiencias cotidianas de abandono más que como cifras.

En cuanto a las situaciones socioculturales, uno de los factores más reiterados es el debilitamiento del tejido comunitario. Un mayor del pueblo expresó que “antes nos cuidábamos entre todos, ahora cada quien anda por su lado” (Sabedor Yanacona, comunicación personal, 2025), asociando esta ruptura del cuidado colectivo con el aumento del consumo. También se señaló que el estigma afecta la identidad, pues a los jóvenes indígenas se les juzga peyorativamente por su origen (Comunicación personal, 2025). Desde la mirada comunitaria, este señalamiento externo debilita el orgullo cultural y empuja a algunos jóvenes a reproducir prácticas que confirman dicho estigma. Estas percepciones coinciden con Delgado y Torres (2021) sobre los efectos del desarraigo y la discriminación en contextos urbanos, aunque para el pueblo Yanacona el daño es también espiritual, pues afecta el sentido de pertenencia.

Por otro lado, las situaciones personales y familiares emergen como un eje central de las desarmonías. En los diálogos se planteó que la violencia y el desprecio en el hogar impulsan a las personas a buscar refugio en sustancias externas (Comunicación personal, 2025). De manera similar, se indicó que “muchos jóvenes consumen porque nadie los escucha en la casa” (Líder comunitario, comunicación personal, 2025) y se resaltó la influencia del ejemplo familiar: “si el papá o el tío consume, el niño crece viendo eso como normal” (Comunicación personal, 2025).

Estas percepciones se alinean con lo planteado por Becoña (2018) y Marlatt y Donovan (2005) sobre la influencia del entorno cercano, aunque la comunidad Yanacona lo comprende como una pérdida de guía y de "derecho" de crianza.

Así mismo, las situaciones territoriales permiten identificar espacios donde el riesgo se vuelve cotidiano. Según las relatorías territoriales, en puntos como el corredor peatonal del barrio Cundinamarca o la entrada de Tocaimita, se evidencia el consumo y el intercambio de sustancias a la vista de todos (G. M. Iglesias Botina, comunicación personal, 26 de noviembre de 2025). Desde la voz comunitaria, estos lugares no son solo “zonas de riesgo”, sino espacios de normalización: “los niños pasan todos los días por ahí y ya no les parece raro” (Comunicación personal, 2025). Esta percepción coincide con la Secretaría Distrital de Salud (2022), aunque la comunidad enfatiza el impacto generacional de esta exposición. Si bien la percepción de facilidad de acceso a sustancias dentro de la comunidad presentó un promedio bajo (1.91), las narrativas cualitativas describen una amplia disponibilidad en el entorno urbano. Esta aparente tensión revela la complejidad del fenómeno: en el espacio comunitario inmediato puede no percibirse alta accesibilidad, pero en la ciudad se reconoce una exposición constante. Como se expresó en el grupo focal: “En la ciudad la droga está en cada esquina; es otra realidad, una dura realidad” (Comunicación personal, 2025).

Asimismo, la percepción de que ciertos entornos educativos pueden favorecer el acceso a sustancias alcanzó un promedio de 3.09, lo que señala la conciencia comunitaria frente a la normalización del consumo en espacios urbanos. Otro hallazgo relevante fue la percepción diferencial por género. De los once participantes, diez identificaron a los hombres como el grupo con mayor consumo, especialmente en las etapas de adolescencia y juventud, extendiéndose en algunos casos a la adultez. La afirmación relacionada con diferencias entre hombres y mujeres alcanzó un promedio de 2.82, lo que evidencia reconocimiento de brechas de género. En los relatos se atribuyó esta tendencia a mayor exposición masculina a espacios de riesgo, presión social y normalización cultural del consumo en el contexto urbano. Esta lectura permite comprender el fenómeno no sólo en clave generacional, sino también desde transformaciones en los roles culturales.

En conclusión, las percepciones del pueblo Yanacona coinciden con la literatura académica (Castaño-Betancourth et al., 2024) al reconocer que el consumo se relaciona con factores estructurales y fragmentación social. No obstante, la comunidad amplía esta comprensión al incorporar dimensiones de palabra y equilibrio espiritual que no suelen aparecer en los marcos técnicos. Mientras que fuentes secundarias suelen formular el riesgo desde categorías clínicas o la “decisión del adicto” (Gutiérrez Ramos, 2020), la comunidad enfatiza la ausencia de orientación y el debilitamiento del hogar: “si uno no dedica tiempo a su hogar...” (P. Majin, comunicación personal, 2025). Así, el riesgo emerge cuando se rompe el equilibrio entre persona, familia, comunidad y territorio.

3.10.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

En el pueblo Yanacona, la protección frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas se construye a partir de las expresiones recogidas en los círculos de la palabra, los grupos focales y los recorridos territoriales. En estos espacios, la comunidad no utiliza el concepto de “prevención” en términos técnicos, sino que apela al cuidado, al acompañamiento y al equilibrio, entendidos como prácticas cotidianas que protegen la vida frente a las desarmonías del consumo. Bajo esta mirada, la protección no se nombra como un “programa”, sino como presencia y palabra; en un círculo de la palabra se afirmó que “cuando hay palabra y acompañamiento, el joven no se pierde” (Comunicación personal, 2025). En el grupo focal se reforzó esta idea al señalar que “el cabildo protege porque ahí se escucha y se orienta” (Líder comunitario, comunicación personal, 2025).

Los resultados de los cuestionarios individuales respaldan esta percepción: una proporción significativa de participantes asocia la reducción del riesgo cuando se participa activamente en los espacios comunitarios, la orientación de los mayores y el acompañamiento permanente del cabildo. Más que acciones aisladas, se trata de una red de relaciones que fortalece el sentido de pertenencia y regula el comportamiento desde principios culturales propios.

Aquí, la protección aparece antes del riesgo, manifestándose como una vida comunitaria activa donde las decisiones colectivas y los espacios propios funcionan como barreras protectoras. Al respecto, un participante indicó que “cuando la comunidad se reúne, los jóvenes sienten pertenencia” (Comunicación personal, 2025). Esta percepción coincide con Castaño-Betancourth et al. (2024), quienes señalan que la organización comunitaria y la identidad cultural reducen vulnerabilidades en contextos de guerra y desplazamiento. Sin embargo, mientras la literatura académica habla de “estrategias”, el pueblo Yanacona habla de cuidado diario. En este sentido, los mayores insisten en que la cultura y la espiritualidad mantienen fuerte el pensamiento y alejan el vicio, resaltando que “la planta, con respeto y guía del mayor, es medicina y protege” (Comunicación personal, 2025). El cabildo se erige, así como el espacio fundamental para sostener al comunero, donde convergen las tradiciones como barreras frente a prácticas ajenas (P. Majín, comunicación personal, 2025).

Esta protección se extiende hacia la familia, la palabra y el afecto, entendidos como complementariedades esenciales. Las familias son nombradas el primer escudo: “cuando la familia acompaña y conversa, el joven no busca refugio en otras cosas” (Comunicación personal, 2025). Se valora la autoridad desde la sabiduría, afirmando que “la palabra del abuelo protege más que el castigo” (Sabedor Yanacona, comunicación personal, 2025). Estas nociones complementan los aportes de Gutiérrez Ramos (2020) sobre el enfoque diferencial, traduciendo el marco de derechos en relaciones vivas y vínculos de escucha.

Asimismo, se identificó que el proyecto de vida y la conexión emocional son factores protectores determinantes. En los grupos focales se expresó que cuando los jóvenes tienen metas

y acceso al estudio, desarrollan mayores niveles de autocuidado (Comunicación personal, 2025). A esto se suman las prácticas de calma vinculadas a la naturaleza: “cuando uno se conecta con la naturaleza, la mente se calma” (Comunicación personal, 2025). Si bien esto coincide con Delgado y Torres (2021) sobre el peso del proyecto de vida en contextos urbanos, la comunidad añade el matiz de la calma espiritual como aprendizaje protector.

Por otra parte, el territorio habitado por la cultura se consolida como un entorno seguro. En las relatorías territoriales se identificaron lugares con significados protectores específicos, como la Casa de Pensamiento, donde los jóvenes se sienten escuchados, o las huertas y parques que evitan que la juventud permanezca en la calle (Comunicación personal, 26 de noviembre de 2025). Los datos recogidos en los cuestionarios muestran que la participación en estos espacios se asocia con menor exposición a escenarios de consumo. La comunidad, sin embargo, no reduce la protección a la infraestructura física; el territorio protege en la medida en que está sostenido por la palabra, la orientación y la práctica cultural. La comunidad difiere de los enfoques que miden los entornos solo por su infraestructura; para el pueblo Yanacona, el territorio protege solo cuando está habitado por la palabra y el acompañamiento. De igual forma, los espacios para el arte, el tejido y la música son vistos como herramientas para preservar tradiciones y alejar el consumo (P. Majín, comunicación personal, 2025).

En síntesis, los factores protectores identificados en el pueblo Yanacona se articulan en torno a la comunidad organizada, la familia presente, la autoridad espiritual y la apropiación cultural del territorio. Estas percepciones dialogan con Delgado y Torres (2021) al reconocer la centralidad de los referentes culturales en contextos urbanos; no obstante, trascienden la noción técnica de “factores psicosociales” para situar la protección en una forma integral de existencia donde la palabra, la espiritualidad y el territorio constituyen el núcleo del cuidado colectivo.

3.10.4. Análisis territorial

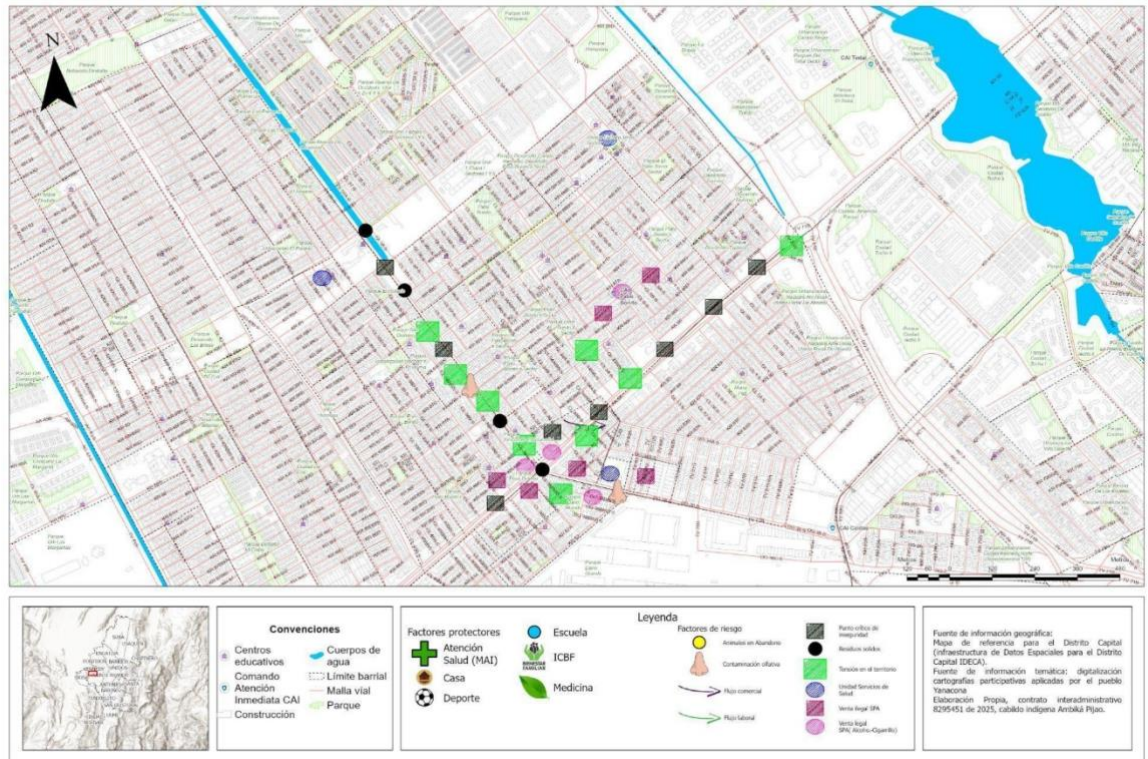
La población del pueblo indígena Yanacona en Bogotá se concentra principalmente en las localidades de La Candelaria; Kennedy, en los barrios Patio Bonito y Valladolid; Engativá, en el barrio Álamos Norte; Puente Aranda, en el barrio Cundinamarca; Chapinero, en el barrio Valles del Cerro; y Bosa, en el barrio Olarte. En su mayoría, estos territorios se ubican hacia la periferia de la ciudad, con la excepción del barrio Cundinamarca, localizado en una zona central de la localidad de Puente Aranda.

Estos barrios comparten dinámicas sociales complejas que configuran tensiones en el uso y la producción del espacio urbano. En ellos confluyen prácticas asociadas a economías informales e ilegales, como el microtráfico, el consumo y la venta de sustancias psicoactivas, junto con procesos comunitarios de diversa naturaleza. En este entramado territorial se inscriben las prácticas organizativas, culturales y de cuidado propias del pueblo Yanacona, las cuales resignifican el espacio urbano y evidencian una disputa constante entre dinámicas que generan

deterioro social y aquellas orientadas a la cohesión comunitaria y la preservación de la identidad cultural.

Figura 10. Cartografía Participativa del Pueblo Yanacona: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.

*Cartografía participativa. Factores protectores y de riesgo en SPA del pueblo Yanacona
Patio Bonito, Kennedy, Bogotá*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

El barrio Patio Bonito, ubicado en el suroccidente de la ciudad, se ha caracterizado históricamente por la presencia de fuertes tensiones territoriales, asociadas a dinámicas de bandas criminales, microtráfico, actividades sexuales pagas y diversas formas de violencia. Estos fenómenos inciden de manera directa en las dinámicas cotidianas y en las actividades comunitarias del pueblo indígena Yanacona que habita el sector.

Los recorridos territoriales se desarrollaron principalmente sobre la calle 38 sur en dirección a la avenida Ciudad de Cali, un corredor urbano con alta presencia comercial, marcado por la contaminación visual y auditiva, elementos que profundizan la percepción de inseguridad en el entorno. En este eje se concentran actividades económicas como el comercio informal, talleres, reciclaje y transporte, las cuales estructuran el ritmo diario del barrio. De manera

simultánea, en parques y esquinas se evidencia la presencia de habitantes en situación de calle, configurando escenarios de uso del espacio que contrastan con las rutas comunitarias del pueblo Yanacona.

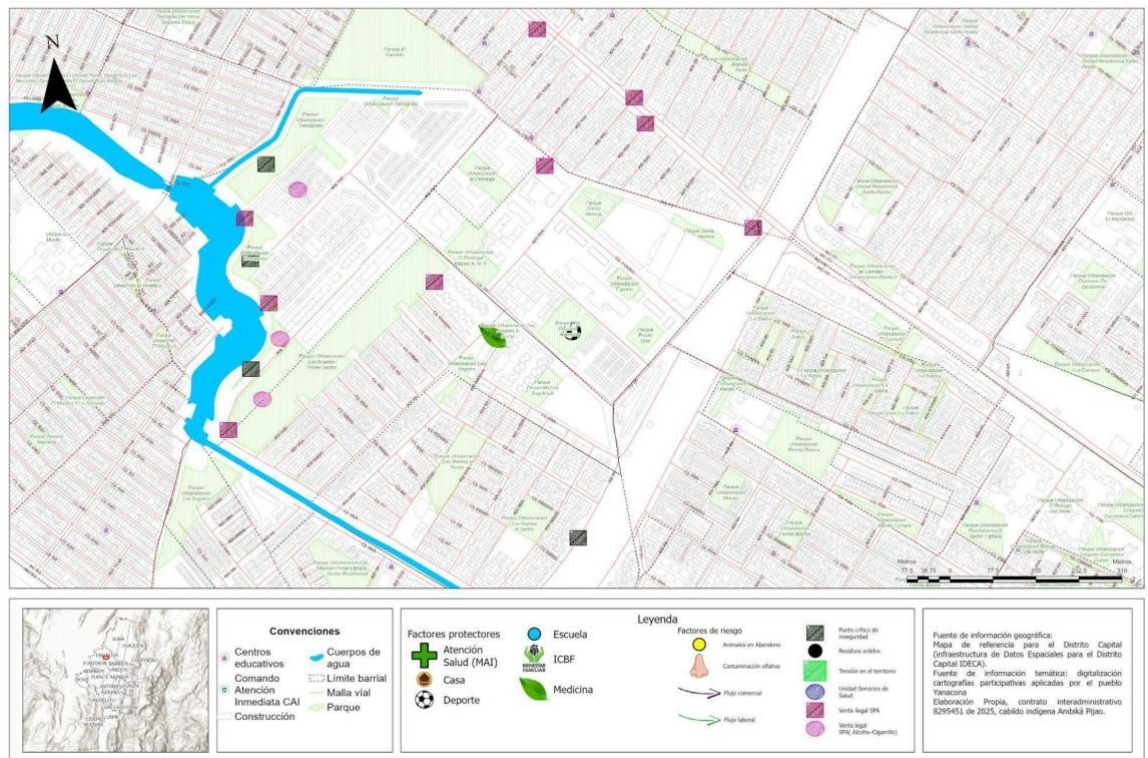
En estos mismos espacios, la comunidad organiza encuentros culturales, mingas urbanas, actividades deportivas y círculos de la palabra, prácticas que buscan fortalecer el tejido social y resignificar el territorio. Sin embargo, estas acciones comunitarias se ven tensionadas por la presencia constante del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), situación que los mayores interpretan como una desarmonización del cuerpo y del espíritu, estableciendo una clara distinción entre el uso de la medicina ancestral y el consumo de sustancias externas al sistema propio de cuidado.

Dentro de los principales nodos de factores de riesgo del barrio se identifica la intersección de la avenida Ciudad de Cali con la calle 38 sur, donde convergen de manera intensa las dinámicas de consumo y expendio de SPA, tanto legales como ilegales, junto con la presencia de actividades sexuales pagas. Este punto se configura como un foco crítico de tensiones territoriales que afecta a la comunidad Yanacona que transita cotidianamente por esta ruta.

Como factores protectores, la comunidad reconoce el humedal El Burro, ubicado hacia el norte del barrio, como un espacio que posibilita el contacto con la naturaleza y la reconexión espiritual. De igual manera, los servicios de salud de Mecina, Patios Tercer Sector y 71 Patio Bonito son identificados como nodos institucionales relevantes, al facilitar el acceso a atención en salud y constituirse en referentes de cuidado y prevención para la comunidad.

Figura 11. *Cartografía Participativa del Pueblo Yanacona: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.*

*Cartografía participativa. Factores protectores y de riesgo en SPA del pueblo Yanacona
Los Álamos, Engativá, Bogotá*



En el barrio Álamos Norte se configura una dinámica de uso mixto del suelo, en la que convergen funciones residenciales, comerciales, bodegas, talleres mecánicos y vivienda. En este contexto, el humedal Jaboque, junto con pequeños parques, corredores verdes y la huerta urbana, se reconoce como un factor protector relevante, al propiciar relaciones de apoyo, convivencia y encuentro comunitario. Desde la huerta se consolidan procesos de cultivo de alimentos y plantas medicinales que fortalecen el trabajo colectivo, reafirman el vínculo con la labor comunitaria y facilitan la transmisión intergeneracional de saberes propios del pueblo Yanacona.

No obstante, el barrio también es identificado como un corredor de venta y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), situación que se intensifica con la presencia de habitantes en situación de calle, particularmente en los bordes del humedal Jaboque. Otro factor de riesgo significativo se localiza en el entorno del centro comercial Diver Plaza, donde la disponibilidad de establecimientos de expendio y venta de alcohol y cigarrillo favorece la normalización del consumo y facilita el acceso a estas sustancias, generando riesgos adicionales para la comunidad Yanacona.

En el barrio Tocaimita, ubicado en la localidad de Usme, los parques y zonas verdes constituyen el principal factor protector, al funcionar como nodos estratégicos para la articulación comunitaria. En estos espacios se desarrollan juegos cooperativos que involucran a la comunidad Yanacona y abren escenarios de reflexión colectiva sobre las necesidades a fortalecer, bajo la

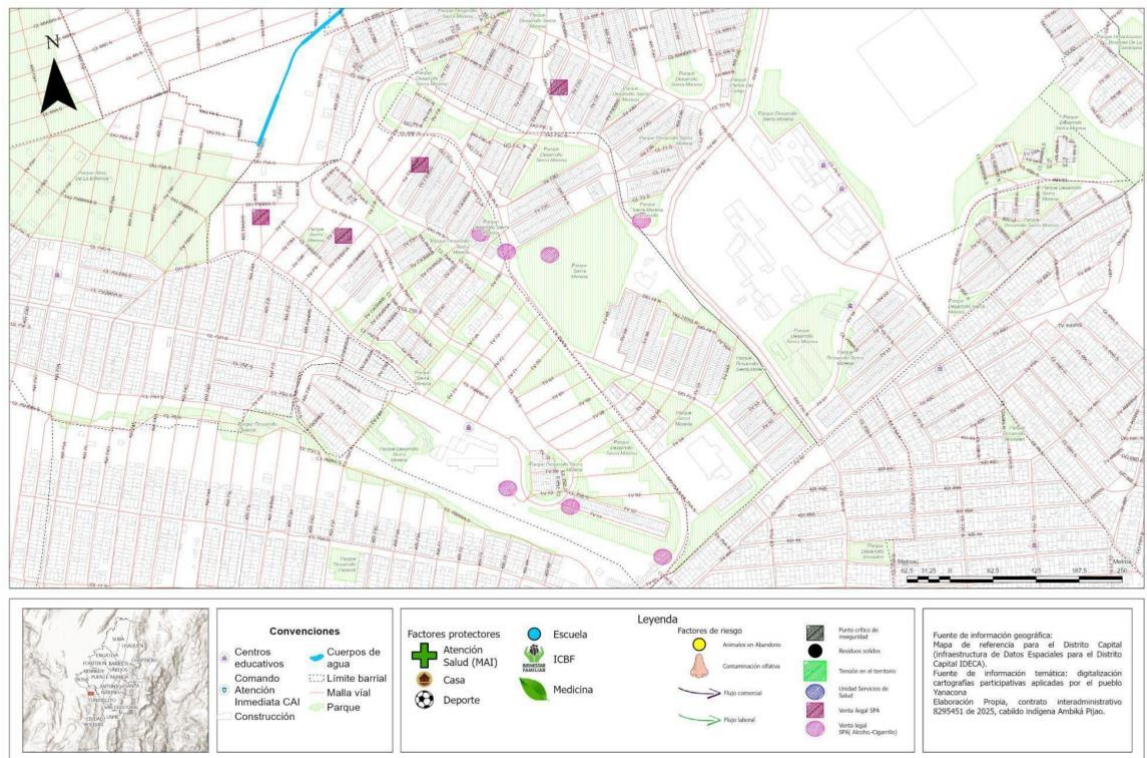
orientación de los mayores y el uso consciente de la medicina ancestral. Sin embargo, durante las horas de la tarde y la noche, estos mismos espacios experimentan un cambio en sus dinámicas, convirtiéndose en escenarios de vulnerabilidad debido al consumo de SPA y a la ocurrencia de robos. En este sentido, los parques enfrentan presiones constantes al ser utilizados también para la venta y el consumo de sustancias, lo que debilita su función protectora.

En la localidad de Puente Aranda, específicamente en el barrio Cundinamarca, la comunidad Yanacona identifica factores de riesgo asociados a las condiciones urbanas del sector. La presencia de economías informales e ilegales, actividades de reciclaje y dinámicas nocturnas configura puntos de consumo y expendio de SPA, particularmente en corredores como la calle 19, la carrera 30 y el entorno de las unidades residenciales La Hoja. Las condiciones sociales de quienes habitan estas unidades residenciales profundizan las tensiones entre residentes y afectan la convivencia comunitaria.

Frente a este escenario, se reconocen como factores protectores la realización de círculos de la palabra, espacios en los que se dialoga sobre los riesgos más relevantes, se comparten experiencias y se fortalece el acompañamiento familiar y comunitario. Asimismo, la cercanía a la Plaza de Paloquemao y a la Plaza de Samper Mendoza se identifica como un recurso territorial significativo, al facilitar el acceso a plantas y hierbas provenientes de distintas regiones del país, lo cual fortalece el uso de la medicina propia y reafirma las prácticas de cuidado del pueblo Yanacona.

Figura 12. *Cartografía Participativa del Pueblo Yanacona: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.*

**Cartografía participativa. Factores protectores y de riesgo en SPA del pueblo Yanacona
Sierra Morena, Ciudad Bolívar, Bogotá**



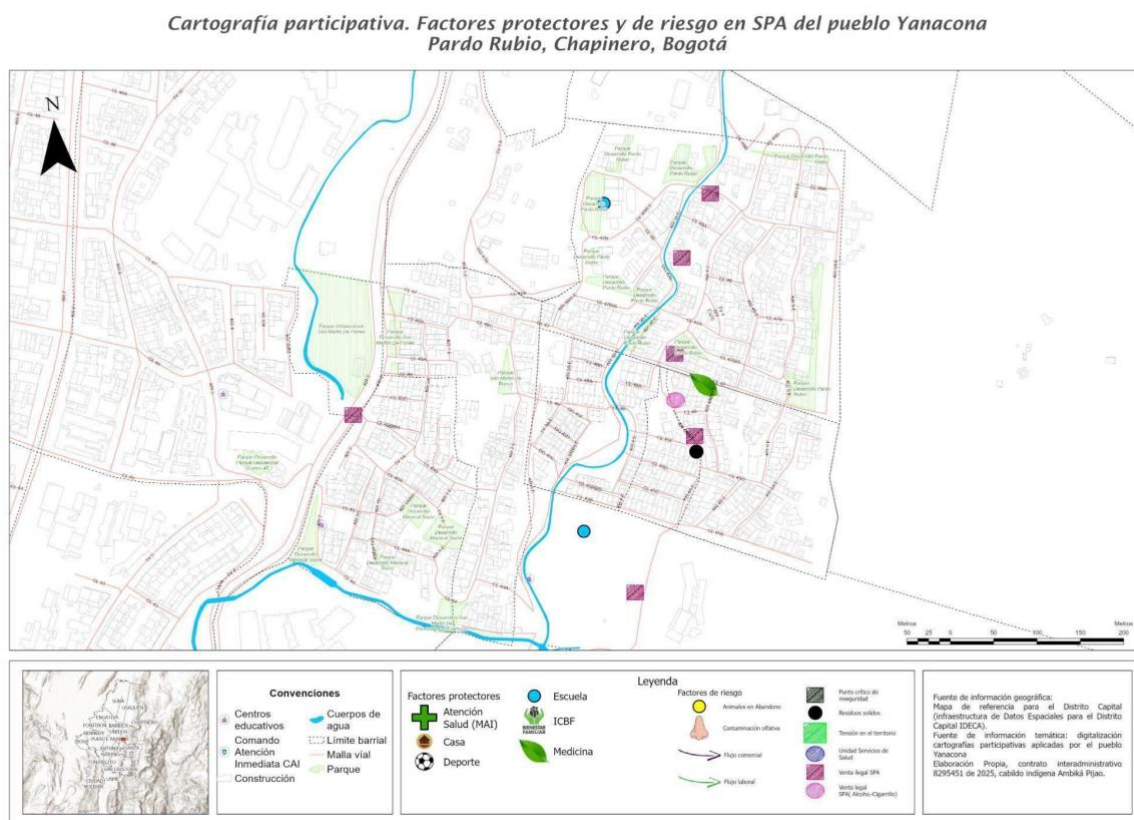
Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

En la localidad de Ciudad Bolívar, el polideportivo se identifica como un factor protector central para la comunidad, al constituirse en un espacio de encuentro, recreación y fortalecimiento del tejido social. Este escenario se complementa con los ensayos de danza propia que se desarrollan en los barrios Sierra Morena y Buenos Aires, guiados por la comunidad, los cuales contribuyen al fortalecimiento de la identidad cultural y a la conexión espiritual del pueblo Yanacona. De manera adicional, se reconocen actividades artísticas como la pintura comunitaria, que permiten transformar las percepciones sobre el territorio y se configuran como estrategias preventivas frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), especialmente entre niños, niñas y jóvenes.

No obstante, en el barrio Sierra Morena se identifican factores de riesgo asociados a la presencia de bandas criminales vinculadas al expendio de SPA. El sector se configura como un corredor de microtráfico que se origina en las zonas más altas de la UPZ Ismael Perdomo, particularmente desde los barrios Santa Viviana y Santo Domingo, y se extiende hacia la autopista Sur y la avenida Villavicencio. Estas dinámicas territoriales incrementan los riesgos de

exposición al consumo y a la violencia, generando tensiones permanentes que afectan la vida comunitaria y los procesos organizativos del pueblo Yanacona.

Figura 13. Cartografía Participativa del Pueblo Yanacona: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

En el barrio Valles del Cerro, sector Pardo Rubio de la localidad de Chapinero, se desarrollan encuentros intergeneracionales entre jóvenes y mayores en parques y canchas del barrio, espacios donde se realizan entrenamientos y se promueve la integración comunitaria a través de torneos deportivos. En estos escenarios se reconoce la presencia de consumo de alcohol;

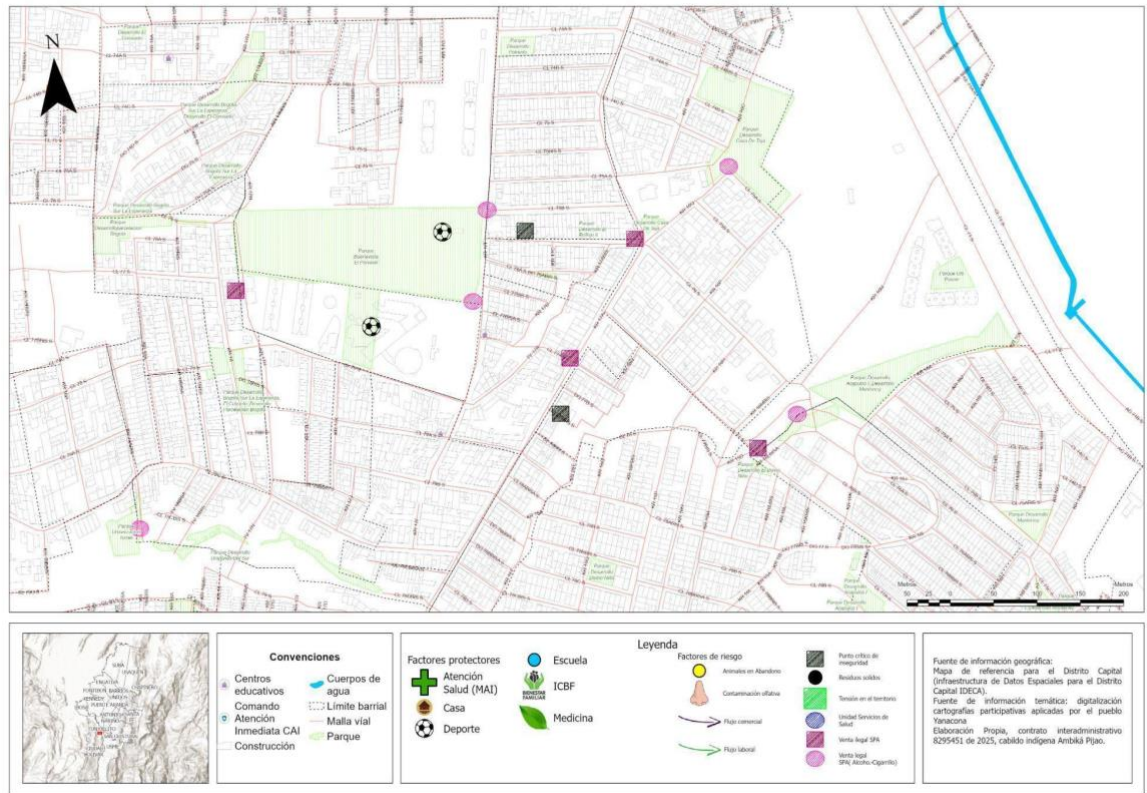
no obstante, la comunidad ha implementado acciones orientadas a mantener el control del consumo abusivo de esta sustancia, como parte de sus estrategias de cuidado colectivo.

En el sector de Pardo Rubio se identifican, además, factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), asociados a la realización de recorridos organizados hacia los cerros orientales y a encuentros deportivos en el colegio San Martín de Porres. Asimismo, la presencia de espacios de atención intercultural (MAI) introduce un elemento de contraste territorial, en tanto promueve prácticas de cuidado y salud propias. Sin embargo, la coexistencia de estos espacios con puntos de consumo de SPA legales e ilegales en el mismo corredor vial expone de manera directa a niños, niñas y jóvenes a dinámicas de normalización del consumo.

En suma, el consumo y el expendio de SPA se encuentran estrechamente vinculados con la configuración espacial y las dinámicas sociales de cada barrio, en contraste permanente con las prácticas comunitarias del pueblo Yanacona. Estas situaciones generan procesos de deterioro y afectan el tejido social, particularmente en contextos caracterizados por baja presencia institucional y por tensiones territoriales asociadas a corredores de venta y consumo de SPA, principalmente ilegales. No obstante, la persistencia de elementos propios de la comunidad, tales como los espacios de arte, las huertas, la danza, los círculos de la palabra y otras prácticas culturales, han permitido consolidar procesos de cuidado, prevención y promoción de la salud. En este sentido, la comunidad Yanacona se mantiene activa en la defensa de su bienestar colectivo, fortaleciendo estrategias preventivas frente al consumo de SPA desde un enfoque cultural y territorial.

Figura 14. *Cartografía Participativa del Pueblo Yanacona: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.*

**Cartografía participativa. Factores protectores y de riesgo en SPA del pueblo Yanacona
Buenos Aires, Ciudad Bolívar, Bogotá**



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

3.11. Pueblo Wounaan Nonam

3.11.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

A partir de los procesos participativos desarrollados con la comunidad Wounaan Nonam en la localidad de Ciudad Bolívar, incluyendo círculos de la palabra, grupo focal y aplicación de cuestionarios, se identifica que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es comprendido, desde la cosmovisión ancestral, como una situación ajena a su cultura y a sus prácticas tradicionales. La problemática es asociada principalmente al despojo del territorio originario y a la inserción en contextos urbanos, procesos que han generado transformaciones profundas en el tejido social, cultural y espiritual del pueblo.

Desde la cosmovisión ancestral, el consumo de SPA es definido como una práctica ajena a los usos y costumbres del pueblo. Así mismo, las voces de la comunidad recogidas en el Círculo de la Palabra reafirman que, históricamente, en el territorio ancestral no se registraba la presencia de sustancias químicas o procesadas, y que el uso de plantas estaba orientado exclusivamente a fines medicinales y espirituales. En coherencia con ello, el 90% de las personas encuestadas

considera que el consumo está asociado principalmente a influencias externas y no a prácticas tradicionales propias.

La comunidad relaciona el aumento del consumo con el desarraigo territorial y la pérdida progresiva de valores y prácticas propias. El proceso de desplazamiento y asentamiento en el contexto urbano es identificado como un punto de inflexión. En las fuentes de información primaria se señala que el desarraigo territorial ha implicado la ruptura de dinámicas comunitarias, debilitamiento de la autoridad tradicional y exposición constante a entornos donde el acceso a SPA es más visible. Este análisis se complementa con el dato cuantitativo según el cual el 90% de las personas reconoce que el desarraigo cultural ha incrementado el riesgo de consumo en la comunidad.

En términos de percepción del impacto, el 85% de las personas encuestadas manifiesta que las SPA afectan la mente y el cuerpo. No obstante, los espacios de diálogo amplían esta comprensión al señalar que la afectación también compromete el Akhaar (espíritu), generando una desarmonización y desequilibrio integral. La matriz cualitativa recoge de manera reiterativa que el consumo altera la claridad del pensamiento, debilita la voluntad y afecta la convivencia comunitaria. Desde esta perspectiva, el consumo no solo deteriora la salud física y mental, sino que altera el equilibrio integral entre cuerpo, mente y espíritu.

En los espacios de diálogo se evidenció un sentimiento colectivo de preocupación e impotencia frente a los efectos que el consumo produce en la cohesión comunitaria, particularmente en niños y jóvenes, quienes enfrentan mayores presiones para adaptarse a dinámicas externas y encajar en la sociedad mayoritaria. Frente a la pregunta sobre si el consumo está presente en la comunidad, las respuestas se dividieron de manera equitativa entre acuerdo y desacuerdo. Esta distribución evidencia una percepción ambivalente respecto al reconocimiento interno de la problemática. No obstante, el 90% de las personas encuestadas coincide en que el consumo se relaciona principalmente con influencias externas y no con los usos y costumbres propios, reafirmando que esta práctica no forma parte de la tradición ancestral Wounaan Nonam Nonam.

De manera unánime (100%), las personas encuestadas consideran que el consumo genera problemas y dificultades en la comunidad. Los testimonios recogidos en los círculos de la palabra indican que el consumo produce cambios comportamentales, agresividad, aislamiento e irrespeto, que derivan en conflictos intrafamiliares, dificultades económicas y fractura del tejido social. En palabras de la comunidad:

Las SPA rompen el tejido espiritual, no solo dañan cuerpo, dañan mente, espíritus, rompen corazones. Hoy nuestros hijos, como ven consumiendo, piensan que ellos también pueden consumir esa sustancia. (Pueblo Wounaan Nonam Nonam en Bogotá, comunicación personal, 2025).

Para los mayores, sabedores y líderes, el consumo implica un debilitamiento del vínculo con las enseñanzas ancestrales y con el Wawie (consejo de mayores), considerado guía

fundamental para el mantenimiento de la armonía. Según la tradición oral: “Quien recibe el consejo asegura una vida larga y armónica; el desinterés por el Wawie conduce a la enfermedad y al castigo de los espíritus” (Comunicación personal, 2025). Asimismo, se señala:

Estas expresiones evidencian que, bajo la cosmovisión Wounaan Nonam Nonam, el uso y el abuso de sustancias no se diferencian de manera categórica, sino que ambos son comprendidos como formas de desarmonía. El impacto se caracteriza en tres dimensiones interrelacionadas:

- *Individual*: confusión mental, debilitamiento de la voluntad y afectación espiritual.
- *Familiar*: deterioro de la comunicación, aumento de conflictos y ruptura del respeto.
- *Colectiva*: disminución de la participación en espacios propios, como los encuentros en la casa Dichardi, y debilitamiento del tejido comunitario.

La comunidad aborda el tema del consumo sin tabúes, promoviendo conversaciones abiertas en el ámbito familiar sobre sus consecuencias. Sin embargo, los mayores recuerdan que en los resguardos del Chocó no se registraba la presencia de estas sustancias, lo que refuerza la asociación del fenómeno con el contexto urbano. En este marco, el consumo no es comprendido como una conducta exclusivamente individual, sino como resultado de condiciones estructurales asociadas al desarraigo, la exclusión social y la ruptura de la estructura comunitaria. Aunque puede operar como estrategia de afrontamiento frente a situaciones de sufrimiento emocional, desde la visión ancestral se interpreta como una desconexión entre mente, cuerpo y espíritu.

En síntesis, la comunidad Wounaan Nonam reconoce de manera amplia la existencia y los efectos negativos del consumo de SPA. El 100% de las familias encuestadas identifica la problemática y manifiesta preocupación frente a sus consecuencias. No obstante, el principal desafío señalado radica en fortalecer el Wawie como eje orientador de las nuevas generaciones, con el fin de restaurar la armonía cultural y espiritual afectada por el contexto urbano.

3.11.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

La identificación de los factores de riesgo frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en la comunidad Wounaan Nonam se sustenta en la triangulación entre los espacios de diálogo comunitario, el grupo focal y los resultados del cuestionario individual aplicado, así como en la matriz de análisis primaria y secundaria. Este ejercicio permite comprender que la vulnerabilidad frente al consumo no responde a causas aisladas, sino a un entramado de factores estructurales, culturales, territoriales y emocionales. Uno de los hallazgos centrales es el reconocimiento del desarraigo territorial y cultural como eje estructurante del riesgo.

El 90% de las personas encuestadas afirma que el desarraigo cultural ha aumentado el riesgo de consumo en la comunidad. La matriz complementa este resultado señalando que el desplazamiento hacia el contexto urbano implicó la ruptura de formas tradicionales de organización, debilitamiento de la autoridad ancestral y transformación de las dinámicas de control social comunitario. En este escenario, los jóvenes enfrentan mayores presiones para

adaptarse a culturas externas, lo que favorece la imitación de prácticas en la ciudad, entre ellas el consumo de marihuana y alcohol.

Desde el enfoque estructural, el 90% de los encuestados considera que la falta de oportunidades educativas y laborales incrementa el riesgo de consumo. Este dato coincide con lo señalado por Vargas y Parra (2021), quienes describen que los pueblos indígenas en entornos urbanos enfrentan segregación étnica, inseguridad alimentaria y hacinamiento. La matriz recoge que estas condiciones generan escenarios de exclusión que impactan directamente a la juventud, quienes experimentan limitaciones para acceder a educación superior, empleo formal y espacios seguros de desarrollo personal.

Asimismo, se reconoce que algunos entornos escolares pueden facilitar la cercanía o el acceso a sustancias, particularmente cuando no existen estrategias preventivas sólidas. La presión del entorno y la influencia de personas externas a la comunidad son señaladas como factores que incrementan la exposición, especialmente en zonas de Ciudad Bolívar identificadas por la comunidad como puntos críticos (quebrada Juanchito, parque de Vista Hermosa e inmediaciones del colegio Juan Bosco), donde la baja presencia institucional y la inseguridad nocturna facilitan el acceso a SPA.

En el plano cultural y espiritual, el consumo es comprendido como enfermedad y riesgo espiritual. La comunidad manifiesta que estas sustancias generan desarmonía, pérdida de claridad y alejamiento de la palabra de *Ewandam* (Dios) (Comunicación personal, 2025). Desde esta perspectiva, la pérdida de identidad y el debilitamiento del Wawie (consejo de mayores) aparecen como factores transversales de vulnerabilidad. La matriz señala que cuando disminuye el acompañamiento familiar y el diálogo intergeneracional, los jóvenes tienden a buscar pertenencia en grupos externos, donde la presión social puede facilitar el consumo.

Un elemento relevante identificado en el cuestionario es la percepción dividida frente a la idea de que el consumo pueda convertirse en estrategia de afrontamiento ante problemas personales. Esta ambivalencia evidencia que, aunque existe una lectura crítica frente al consumo, también se reconoce que algunos jóvenes recurren a las SPA como mecanismo para aliviar tensiones asociadas a preocupaciones económicas, conflictos familiares o frustraciones personales.

En este sentido, el manejo inadecuado de las emociones, particularmente en los hombres, constituye un factor de riesgo destacado en los testimonios. La construcción social de la masculinidad vinculada a la idea de “ser fuerte” y no expresar dificultades emocionales favorece el aislamiento y el consumo silencioso como forma de afrontamiento (Comunicación personal, 2025). La matriz refuerza que la ausencia de figuras de apoyo constantes y el limitado acompañamiento institucional profundizan la sensación de abandono, lo que puede reforzar la individualización del problema.

Otro factor identificado es la falta de espacios adecuados para el uso del tiempo libre. Los resultados cualitativos señalan que la escasa oferta de actividades culturales, deportivas o

académicas incrementa la vulnerabilidad, especialmente en jóvenes que permanecen largos periodos en espacios públicos con mayor exposición a presión social y acceso a sustancias. La matriz destaca que esta situación se agrava en contextos de precariedad económica donde las familias priorizan la subsistencia, limitando el acompañamiento cotidiano.

En términos interpretativos, los hallazgos permiten afirmar que el riesgo de consumo en la comunidad Wounaan Nonam no puede entenderse únicamente como una decisión individual. El 90% reconoce su relación con factores estructurales como el desempleo y la falta de oportunidades, mientras que los espacios de diálogo evidencian que la pérdida de referentes culturales y espirituales incrementa la vulnerabilidad. La convergencia entre datos cuantitativos y cualitativos refuerza la idea de que el consumo debe abordarse como fenómeno estructural, comunitario e intercultural.

En conclusión, la caracterización de los factores de riesgo muestra que la vulnerabilidad frente al consumo de SPA en la comunidad Wounaan Nonam está asociada al desarraigo territorial y debilitamiento cultural, la exclusión socioeconómica y falta de oportunidades educativas y laborales. La influencia de entornos urbanos con alta exposición a sustancias. El debilitamiento del Wawie y del acompañamiento familiar. El manejo inadecuado de las emociones y construcción rígida de la masculinidad y la escasez de espacios seguros para el uso productivo del tiempo libre.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias preventivas integrales centradas en el fortalecimiento del tejido social, la revitalización cultural y el acompañamiento intergeneracional, en coherencia con lo señalado tanto en el cuestionario como en los espacios de participación comunitaria.

3.11.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Los factores protectores identificados por la comunidad Wounaan Nonam evidencian la existencia de un entramado sólido de prácticas culturales, espirituales, familiares y comunitarias que actúan como barreras frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). A diferencia de los factores de riesgo, asociados principalmente a condiciones estructurales externas, los factores protectores se encuentran anclados en la identidad cultural y en la organización propia del pueblo.

Uno de los principales hallazgos del cuestionario señala que el 100% de las personas encuestadas considera que el fortalecimiento de la identidad cultural funciona como barrera protectora frente al consumo de SPA. Este resultado cuantitativo se complementa con los relatos cualitativos recogidos en la matriz, donde se enfatiza que el arraigo cultural y la transmisión de saberes ancestrales fortalecen el sentido de pertenencia y disminuyen la vulnerabilidad de niños, niñas y jóvenes.

El eje central de esta protección es la casa Dichardi, reconocida como el corazón espiritual y organizativo de la comunidad. Según los testimonios comunitarios (Comunicación personal, 2025), este espacio sagrado permite restaurar la armonía a través del diálogo colectivo, las sanaciones, las rogativas a Ewandam (Dios) y las limpiezas espirituales. En el Círculo de la

Palabra y Grupo Focal la comunidad describe la Dichardi como un lugar de cohesión, orientación y regulación simbólica, donde se reafirman los valores y normas que sostienen el equilibrio comunitario.

En coherencia con lo anterior, el 100% de los encuestados reconoce que las enseñanzas y tradiciones de los mayores y sabedores ayudan a tomar decisiones adecuadas frente al consumo. El Wawie (consejo de mayores) es descrito reiterativamente como guía de vida que orienta “a caminar por el buen camino”, transmitiendo valores, respeto y normas de convivencia que preservan el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. Esta dimensión intergeneracional constituye un mecanismo de contención emocional y cultural frente a la presión del entorno urbano. La familia emerge igualmente como factor protector primario. El 90% de las personas encuestadas la identifica como primer refugio y apoyo emocional en la prevención del consumo

Este hallazgo coincide con lo planteado por la Secretaría Distrital de Salud (2016), que reconoce las redes familiares indígenas como elemento determinante en la prevención del consumo problemático de SPA y otras afectaciones en salud mental. En los espacios de participación comunitaria también se destaca el acompañamiento familiar constante fortalece el diálogo, la orientación y la supervisión comunitaria. Complementariamente, el impulso de proyectos como las huertas medicinales fortalece la soberanía sanitaria y la identidad, ofreciendo soluciones prácticas y espirituales frente a la exposición a sustancias externas (Comunicación personal, 2025).

Asimismo, el 90% considera que el uso de saberes y medicinas propias contribuye a la prevención del consumo. Desde la cosmovisión Wounaan Nonam, los saberes ancestrales no solo atienden el cuerpo físico, sino también la mente y el espíritu, promoviendo equilibrio emocional y espiritual. En esta línea, prácticas como las huertas medicinales refuerzan la soberanía sanitaria y la autonomía cultural, reduciendo la dependencia de prácticas externas.

En el contexto urbano, la Casa de Pensamiento Intercultural (CPI) es reconocida como espacio protector para la primera infancia, al garantizar la transmisión de lengua, danza y valores ancestrales desde edades tempranas (Comunicación personal, 2025). La matriz destaca que la preservación cultural en la infancia constituye una estrategia preventiva de largo plazo, pues fortalece la identidad antes de la exposición a presiones externas. De igual forma, el Centro Día favorece el encuentro intercultural de los adultos mayores, reforzando la transmisión de memoria colectiva y resiliencia comunitaria.

Un hallazgo relevante del cuestionario es que el 100% de los participantes afirma que el uso productivo del tiempo libre, mediante deporte, danza, artesanía, música o permanencia en espacios educativos, reduce el riesgo de consumo. En los espacios de participación comunitaria la comunidad profundiza que cuando los jóvenes participan en actividades culturales y comunitarias pasan menos tiempo en espacios donde el acceso a SPA es más fácil y donde existe presión social para consumir. Ocupar el tiempo libre fortalece el sentido de pertenencia, la autoestima y la conexión con los usos y costumbres propios.

La espiritualidad se consolida como el factor protector transversal más significativo. Para el pueblo Wounaan Nonam, la salud depende del equilibrio constante alcanzado mediante rituales, cantos y ceremonias. Esta dimensión espiritual permite resignificar las experiencias de discriminación y exclusión urbana, ofreciendo marcos de sentido que disminuyen la necesidad de recurrir al consumo como mecanismo de afrontamiento. Desde una perspectiva psicosocial, estos recursos funcionan como estrategias colectivas de regulación emocional y resiliencia.

En términos interpretativos, la caracterización evidencia que los factores protectores en la comunidad Wounaan Nonam no se limitan a intervenciones externas, sino que se encuentran profundamente arraigados en su estructura cultural y espiritual. La identidad, la familia, el Wawie, la participación comunitaria y el uso productivo del tiempo libre configuran un sistema de protección integral que fortalece la cohesión social.

En conclusión, los resultados cuantitativos y cualitativos muestran una comunidad con altos niveles de conciencia preventiva y con recursos culturales propios que actúan como barreras frente al consumo de SPA. El desafío identificado no radica en la ausencia de factores protectores, sino en su fortalecimiento y sostenibilidad en el contexto urbano, garantizando la transmisión intergeneracional de la identidad cultural y la permanencia de espacios propios como la Dichardi y el Wawie como ejes de armonía y prevención.

3.11.4. Análisis territorial

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Wounaan Nonam se desarrolló en la localidad de Ciudad Bolívar, en la UPZ 67, barrio Vista Hermosa. El recorrido territorial tuvo como punto central la Casa Dichardi la cual es vivienda del mayor Sercelinto Piraza Burgara, desde donde se inició y finalizó el trayecto, espacio que es concebido por la comunidad como un lugar espiritual y pedagógico el cual permitió dialogar sobre la relación entre territorio, espiritualidad y salud, con especial énfasis en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Desde la Casa Dichardi se realizó un desplazamiento inicial en transporte público y posteriormente un recorrido a pie hacia distintos puntos del barrio como la Quebrada Juanchito, el Parque Vista Hermosa y el Colegio Juan Bosco. Estos lugares fueron seleccionados por la comunidad debido a su importancia en la vida cotidiana del sector y por las dinámicas sociales y territoriales que allí se presentan relacionadas con el consumo de SPA. Durante este recorrido se identificaron diversas condiciones físicas del territorio que inciden en la movilidad y la seguridad. El terreno se encuentra en su mayoría sin pavimentar, con presencia de piedras, lodo y superficies resbaladizas, además de flora en malas condiciones que dificultan el acceso vehicular en algunos tramos y afectan el tránsito peatonal. Asimismo, se reportó la presencia de animales en estado de abandono, especialmente en la zona de la quebrada, donde algunos perros manifestaron comportamientos defensivos, lo cual representa un riesgo para quienes transitan por el sector.

En relación con el consumo de SPA, la comunidad identifica como espacios de mayor riesgo principalmente los parques, los lugares abandonados por instituciones o juntas de acción comunal, algunas cuadras específicas donde se reúnen jóvenes a consumir, y sectores con calles sin pavimentar que no han sido intervenidos. Según lo expresado por el grupo, la falta de control y de cuidado comunitario en estos espacios ha generado afectaciones en la seguridad, la convivencia y la salud de las familias que habitan en el entorno.

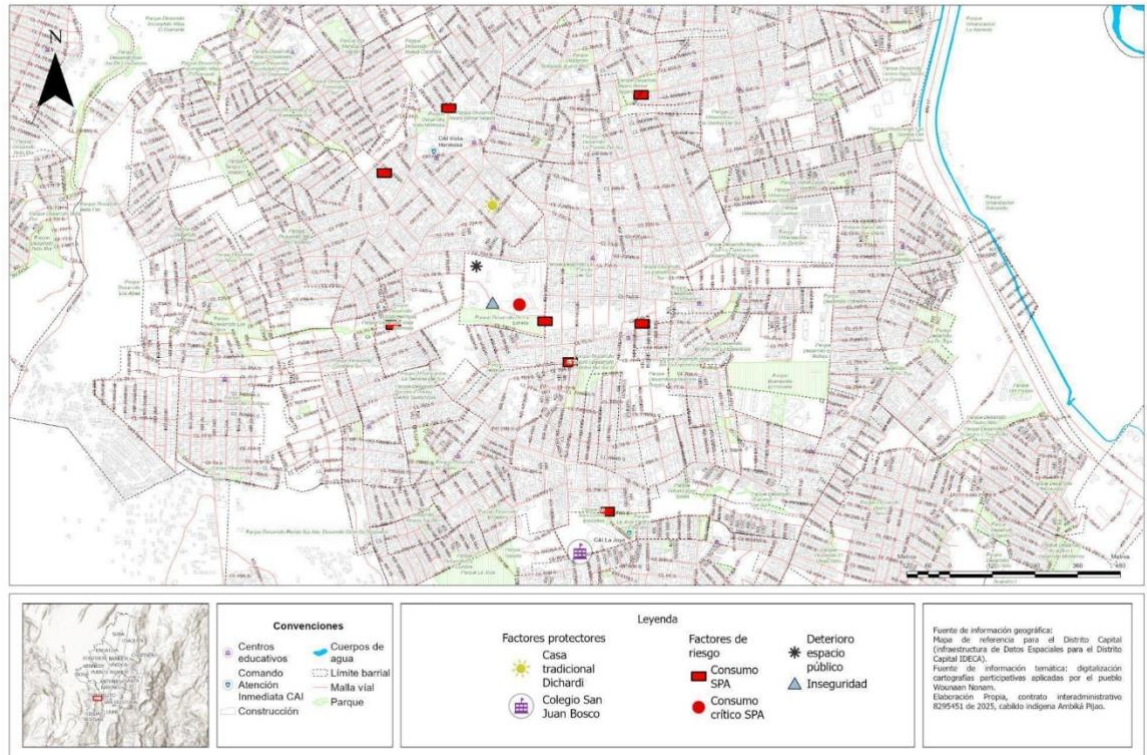
El recorrido permitió también reconocer otros factores territoriales que inciden en el bienestar de la comunidad como la contaminación del aire generada por una fábrica de galletas cercana cuyos olores afectan la respiración y la salud pulmonar de los habitantes del sector y los parques que han dejado de ser espacios seguros debido a la presencia recurrente de consumidores de SPA, especialmente jóvenes, lo que ha limitado el acceso de las familias y el disfrute de estos espacios naturales por parte de la comunidad.

A pesar de estas condiciones, el pueblo Wounaan Nonam Nonam reconoce la existencia de elementos protectores en el territorio. Para la comunidad, el ambiente, el aire, la tierra, los parques y los lugares con vegetación constituyen componentes fundamentales para fortalecer la armonía con la naturaleza y el bienestar espiritual, incluso en un entorno urbano caracterizado por el predominio del cemento. Esta conexión con la naturaleza es entendida como una base para la construcción de equilibrio y convivencia.

También en este contexto, la Casa Dichardi ocupa un lugar central en la vida comunitaria que es reconocida como el corazón del pueblo Wounaan Nonam Nonam en el territorio pues es un espacio sagrado donde se conversa, se practica la medicina ancestral, se canta, se realizan rogativas y limpias, y se busca la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu. Allí se reúnen mayores, líderes, médicos ancestrales, parteras y autoridades para abordar las problemáticas que afectan a la comunidad, incluido el consumo de SPA. De manera explícita, la comunidad señala que la facilidad de acceso a estas sustancias no se encuentra dentro de la Casa Dichardi, sino en espacios como la quebrada, el parque y el entorno del colegio, donde hay mayor presencia de personas externas y donde las condiciones naturales del lugar facilitan el ocultamiento para el consumo.

Figura 15. *Cartografía Participativa del Pueblo Wounaan Nonam Nonam: Factores Protectores y Factores de Riesgo de SPA.*

Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Wounaan Nonam. Vista Hermosa, Ciudad Bolívar, Bogotá.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía producto del recorrido evidencia lo contemplado en la ficha y ubica los lugares aledaños a sus espacios de ceremonia, espiritualidad y equilibrio con la Casa Dichardi como punto central que evidencia que la cercanía entre los puntos de SPA y los lugares sagrados implica una superposición territorial donde prácticas externas de consumo se imponen sobre los espacios de cuidado y espiritualidad.

La mayoría de los puntos de consumo de SPA aparecen ubicados en parques y zonas verdes, lo cual es especialmente crítico porque esos mismos espacios suelen funcionar como lugares de encuentro, tránsito cotidiano y descanso comunitario que al quedar marcados como focos de consumo, dejan de operar como espacios de bienestar y pasan a convertirse en nodos de riesgo que aumentan la exposición a escenas de consumo generando una sensación de alerta que restringe el uso del espacio público. En términos del pueblo Wounaan Nonam, esto no solo deteriora la salud física y emocional, sino que interfiere con la armonía del territorio desajustando el pensamiento y el ánimo colectivo.

En la cartografía, además, se reconoce que cuatro puntos se localizan cerca de instituciones educativas, lo que agrava la amenaza por la exposición cotidiana de niñas, niños y jóvenes en sus trayectos y tiempos de permanencia, normalizando el riesgo y debilitando la

función protectora del entorno escolar. La proximidad también puede producir efectos al modificar horarios, rutas y formas de circulación, limitando encuentros, disminuyendo la frecuencia de prácticas espirituales y reduciendo el uso comunitario del territorio para protegerse.

3.12. Pueblo Eperãrã Siapidaara

3.12.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Debe entenderse el consumo de sustancias como la decisión de un individuo en un momento y un lugar determinados que nace de la confluencia de diversos factores (culturales, históricos, socio demográficos, políticos, ambientales, psicológicos, biológicos, etc.) en su vida, lo que implica una lectura compleja, sin valoraciones maniqueas sobre lo bueno y lo malo, y alejada de actitudes polarizantes que impidan distinguir la amplia diversidad de matices que explican la aparición y evolución del fenómeno” (Pedroza-Buitrago et al., 2019, p. 12). Esta comprensión amplia del consumo resulta clave para el análisis del Componente 6, ya que permite interpretar las percepciones del pueblo Eperãrã Siapidaara desde su pensamiento propio, reconociendo que el significado del consumo no es homogéneo, sino que se construye en relación con el contexto cultural, territorial y comunitario en el que se produce.

En este marco, el análisis interpretativo se sustenta en la articulación de información cualitativa y cuantitativa, proveniente de los círculos de la palabra y grupos focales, los registros consolidados en la matriz de información primaria y secundaria del pueblo, y los resultados de los cuestionarios individuales, los cuales muestran un alto nivel de consenso comunitario frente a la no aceptación del consumo de SPA externas. Esta integración de fuentes permite contextualizar el significado de las SPA desde la visión del pueblo Eperãrã Siapidaara que habita en Bogotá y fortalecer un análisis sólido y coherente con las percepciones expresadas por la comunidad.

Para la comunidad Eperãrã Siapidaara Siapidara, desde su pensamiento propio, el término sustancias psicoactivas (SPA) se utiliza exclusivamente para referirse a sustancias externas o introducidas, cuyo uso se da fuera de la orientación cultural, espiritual y medicinal del pueblo como lo indica una autoridad tradicional: “En nuestro territorio de origen no existen esas sustancias psicoactivas como bazuco, cocaína marihuana no hay, pero ya acá en una ciudad grande hay muchas personas con vicio y consumen esas sustancia” (T.Valencia. 2025). Esta distinción se configura como un hallazgo central, en tanto se evidencia una comprensión colectiva compartida sobre el consumo de sustancias ajenas a la cultura propia y sus efectos en la vida individual, familiar y comunitaria.

Así mismo, se identifica que la comunidad Eperãrã Siapidaara percibe que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) no forma parte de su cotidianidad. Esta percepción se expresa de manera clara en el círculo de la palabra, donde se señala que “en la comunidad en sí, no consumen lo que es la marihuana, ni coca, perico, nada como esas sustancias que son fuertes. Sí

se consumen algunas, pero son como tragos que son licores o cigarrillos, algunas familias pues lo usan de pronto como para un tratamiento que lo usan, pero en sí que para consumos diarios no lo usan” (J. J. Moya, 2025, autoridad tradicional del pueblo Eperã Siapidaara). Este testimonio evidencia la distinción que hace la comunidad entre las sustancias externas asociadas al consumo recreativo y aquellas que, bajo orientación cultural y medicinal, tienen un uso específico y regulado. Lo anterior, también se evidencia en las fuentes secundarias, en donde se reconoce que “en la literatura científica no se encuentran estudios que se hayan ocupado a profundidad de los significados que atribuyen los indígenas universitarios sobre los usos asociados a las plantas rituales y sagradas en el marco de su herencia cultural y las diferencias frente a los consumos de SPA con fines recreativos” (Posada-Zapata & Mendoza-Ríos, 2017, p. 29), lo cual refuerza la importancia de visibilizar y comprender estas distinciones desde el pensamiento propio de los pueblos indígenas.

Esta percepción evidencia que la comunidad reconoce la existencia de consumo, pero lo ubica como algo poco frecuente y no generalizado, restringido a bebidas alcohólicas o cigarrillos, y en algunos casos asociado a usos tradicionales o medicinales. Además, se observa una diferenciación clara entre el consumo de sustancias “fuertes” y el consumo social u ocasional, lo cual se interpreta como un mecanismo de protección cultural y familiar frente a los riesgos asociados al uso de SPA. Este resultado se interpreta como una percepción colectiva que contribuye a la prevención del consumo problemático, sustentada en normas sociales y familiares que limitan el acceso y la aceptación del consumo diario de sustancias fuertes en la comunidad Eperã Siapidaara.

Por tanto, en la comunidad Eperã Siapidaara se observa una percepción colectiva que diferencia claramente entre el uso ancestral de sustancias y el consumo problemático de SPA externas, lo cual se interpreta como un mecanismo cultural de protección y cuidado comunitario. En este sentido, el consumo de licor tradicional (pilde o viche) y tabaco no es percibido de manera homogénea como un vicio, ya que puede ser parte de prácticas medicinales y rituales orientadas por el jaipaná (médico ancestral), mientras que las sustancias fuertes, como marihuana, coca o perico son rechazadas y consideradas ajenas al territorio comunitario, como lo señala J.J.,Moya (2025) “en la comunidad en sí no consumen lo que es la marihuana, ni coca, perico, nada como esas sustancias que son fuertes (...) pero no para consumos diarios” (Comunicación Personal). Esta diferenciación se refuerza con los resultados de los cuestionarios individuales, donde se evidencian altos niveles de acuerdo frente a la idea de que el consumo de SPA externas genera desarmonía individual y comunitaria.

Asimismo, aunque se reconoce una mayor apertura al diálogo entre jóvenes sobre el tema, esta no conduce a la normalización del consumo, sino a una reflexión crítica sobre los riesgos observados en contextos urbanos, y se mantiene el respeto a la autoridad tradicional (Tachi Nawe) como orientadora del discurso comunitario. En este marco, el consumo recreativo o reiterativo de sustancias externas es socialmente rechazado y asociado con desequilibrios

físicos, espirituales y sociales, mientras que el uso legítimo de plantas y sustancias se limita a la medicina ancestral y al saber del jaipaná, tal como se expresa en los espacios comunitarios: “para nosotros es muy importante la planta medicinal (...) el uso que hace el médico ancestral, el jaipaná” (S. V., Chirimía, 2025). En conjunto, estas percepciones se interpretan como un factor protector que fortalece la identidad cultural, el equilibrio y el bienestar comunitario, consolidando una norma de no consumo frente a las sustancias externas.

El análisis cuantitativo evidencia un alto nivel de consenso en las percepciones frente al consumo de SPA externas. En 9 de 11 preguntas del componente de percepciones, entre el 75 % y el 100 % de los participantes coincidieron en la misma categoría de respuesta. Predominan ampliamente las opciones “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” frente a afirmaciones que asocian el consumo con afectaciones físicas, mentales y espirituales. Esta homogeneidad estadística no representa uniformidad acrítica, sino coherencia cultural. Los círculos de la palabra profundizan este hallazgo, al señalar que el consumo recreativo de marihuana, cocaína, bazuco o pastillas es entendido como una desarmonización del cuerpo, la mente y la comunidad.

3.12.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

En la comunidad Eperã Siapidaara, a partir del análisis de entrevistas, círculos de la palabra, grupos focales, observación comunitaria y cuestionarios individuales, se identifica que no existe un consumo problemático, pasivo o recreativo de sustancias psicoactivas (SPA) entre sus miembros. El consumo de licor, como el viche, y de cigarrillo se presenta únicamente en contextos rituales y medicinales, administrados por el jaipana (médico ancestral) como parte de prácticas de sanación y armonización espiritual. Como lo indica un caminante de la medicina del pueblo Eperã Siapidaara:

"Bueno, la pregunta uno: sobre las sustancias psicoactivas. Para nosotros, siempre hemos dicho que las sustancias que consumen esos vicios son malísimas, son malas. Nosotros como mayores no acogemos eso. Si nosotros las acogemos, los niños mirarían que estamos haciendo cosas malas, y al ver a sus padres consumiendo eso, ellos también empezarían a hacer esas malas cosas. Por eso nosotros no acogemos esas sustancias psicoactivas. Sin embargo, por la necesidad del médico ancestral o del jaipana, se acoge, por ejemplo, el biche. Para hacer curación, armonización o sanación del cuerpo. Si nosotros no tuviéramos la necesidad de tener un jaipana, no necesitamos esos suplementos. Tampoco el médico ancestral los acogería, pero con eso es que se hace el trabajo del médico ancestral y del jaipana. Por eso se usa el biche, el tabaco y otros suplementos. Pero por parte del pueblo, gracias a Dios, no hemos tenido esos vicios. Entonces eso sería todo."(S,V,Chirimía, comunicación personal, 2025)

Sin embargo, este patrón no implica que la comunidad esté exenta de riesgos, especialmente frente a la influencia de entornos urbanos, la exposición a amistades externas y situaciones que pueden facilitar el consumo. Por ello, resulta fundamental implementar estrategias de prevención que fortalezcan los saberes ancestrales y los espacios comunitarios, manteniendo la protección de la salud física, emocional y espiritual de sus miembros. Ya que como lo indica la lectura "conceptualizan el consumo de sustancias psicoactivas como una desarmonización de la vida dentro de los pueblos indígenas colombianos, que suelen ser consecuencia de problemas de contexto histórico, social, cultural y político, por ello existen diferentes factores biopsicosociales que se encuentran en estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)". (González Díaz & Castro Torres, 2024, p.47).

El uso y abuso de SPA constituye un fenómeno complejo que involucra factores estructurales, socioculturales y personales. En la comunidad Eperãrã Siapidaara, a pesar de su fuerte identidad cultural y espiritual, la migración a contextos urbanos como Bogotá genera condiciones que pueden aumentar la vulnerabilidad de sus miembros al consumo problemático de SPA. La triangulación de información muestra que la protección frente a estas sustancias está estrechamente ligada al mantenimiento de prácticas ancestrales, los espacios sagrados y la orientación de los mayores. En este sentido, D. Chamapura (2025) señala que la vida en la ciudad ha afectado la posibilidad de mantener los espacios sagrados y las prácticas propias, lo que puede constituir un factor de riesgo.

De igual manera, el uso de insumos ancestrales fuera del contexto ritual y medicinal también puede generar riesgo, pues estas sustancias tienen un significado sagrado y no deben ser empleadas para vicio. En palabras de S. Valencia Chirimía (2025): "...las sustancias tienen un significado sagrado y no deben ser empleadas para vicio." Esta afirmación evidencia que la comunidad reconoce la importancia de mantener la regulación cultural sobre estas sustancias, y que su uso fuera del marco ritual puede generar confusión y facilitar el consumo indebido.

Desde la perspectiva sociocultural, se identifican como riesgos principales la pérdida de identidad cultural y la exposición a entornos urbanos donde el consumo de alcohol, tabaco o drogas es común. La comunidad señala que los jóvenes pueden encontrarse con prácticas de consumo ajenas a su cultura y, sin la orientación de los mayores, esto puede llevar a "malos pasos". En el círculo de la palabra, se expresó que: "(...) los eperãrã casi no consumen excepto la marihuana no lo hay en nuestra comunidad, a veces los jóvenes llegan a la ciudad cogen malos pasos con gente mestizos, el alcohol consumen, pero en eventos propios del pueblo, pero no todas las veces. Los mayores, mamá, padres nos dan consejos para el buen vivir como persona." (D. Chamapura, 2025).

Este testimonio evidencia que, aunque históricamente los jóvenes presentan bajos niveles de consumo y las prácticas de uso de licor, tabaco o viche están reguladas dentro de rituales y con fines medicinales, la exposición a entornos urbanos y a culturas ajenas representa un desafío para mantener estas prácticas. El contacto con hábitos de consumo de personas

mestizas aumenta la posibilidad de “malos pasos” si no existe la orientación constante de los mayores, lo cual evidencia que los factores socioculturales externos pueden actuar como factores de riesgo.

A nivel de resultados cuantitativos, el cuestionario individual refleja que en la mayoría de las preguntas (9 de 10), entre el 75 % y el 87 % de los participantes coincide en la percepción del riesgo. Este hallazgo indica que el riesgo no se presenta como un fenómeno estructural y generalizado, sino como una condición potencial que puede intensificarse si no se fortalecen los factores protectores comunitarios. En particular, los mayores niveles de acuerdo se observan en aspectos relacionados con debilidad institucional, pérdida cultural y falta de espacios comunitarios, evidenciando que el riesgo se encuentra más asociado a vacíos sociales y comunitarios que a factores de acceso.

Así como el hallazgo 1. riesgo asociado a pérdida cultural y vacíos comunitarios (87 % de acuerdo) las preguntas que muestran mayor acuerdo en torno al riesgo (87 %) corresponden a elementos como la pérdida de prácticas culturales y la falta de espacios comunitarios, lo cual sugiere que la desarticulación de los vínculos comunitarios y el debilitamiento de prácticas culturales protectoras pueden incrementar la vulnerabilidad frente al consumo de SPA. Este patrón indica que el riesgo es principalmente cultural y social, y no se concentra en el consumo directo. Esto también lo evidencia la lectura en "el contexto influye en desarrollar y potencializar las transformaciones del significado de consumos, tal como se expresa en las ideas de los indígenas que hacen alusión a ello, los cuales afirman que el entorno universitario donde se venden y comercializan algunas SPA conlleva a que se presente el consumo, siendo el contexto un aspecto que influye en la decisión del consumo de SPA" (Posada-Zapata & Mendoza-Ríos, 2017 p10).

Sumado a lo anterior, las situaciones personales que constituyen factores de riesgo frente al consumo de SPA se concentran principalmente en los jóvenes, especialmente aquellos en proceso de construcción de identidad dentro del contexto urbano. Los adultos expresan preocupación porque sus hijos están expuestos a entornos donde pueden observar, oler o escuchar prácticas ajenas a su cultura, lo que podría favorecer la normalización del consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Esta percepción se refuerza con el análisis de los cuestionarios, donde se observa un alto acuerdo sobre la influencia de la presión de pares y la exposición a entornos de consumo como factores de riesgo, lo que indica que el riesgo no se concibe como un problema individual, sino como un fenómeno asociado a la interacción con el entorno urbano.

Esta vulnerabilidad se incrementa por la menor frecuencia con la que los jóvenes participan en actividades culturales, rituales y costumbres propias de la comunidad, como las danzas, las armonizaciones y la participación en eventos colectivos, así como por el hecho de estar lejos del territorio. La falta de estos espacios propios en la ciudad para la socialización y el aprendizaje cultural limita la transmisión de valores y normas comunitarias, aumentando la probabilidad de que los jóvenes adopten comportamientos de riesgo. En este sentido, el riesgo

personal se relaciona con el debilitamiento de la protección cultural y el aumento de la exposición a prácticas de consumo ajenas.

En este contexto, la ausencia de vínculos comunitarios y la reducción de la participación cultural generan una debilidad en los mecanismos de control social y en la identidad cultural, lo cual facilita la influencia de pares y entornos externos. Así, el riesgo personal se entiende como el resultado de la ruptura de la protección comunitaria y cultural. Este hallazgo se evidencia en el testimonio de E. A. Ismare (2025): “yo diría que en la ciudad pienso que hay más quizás más presión o más riesgo (...) por la soledad, por los problemas económicos o también (...) por esa facilidad de conseguirlo (...)”, lo cual evidencia que el entorno urbano incrementa el riesgo. No obstante, el mismo relato señala que la comunidad puede responder mediante la orientación y el diálogo con la nueva generación, explicando qué sustancias son ajenas a su cultura (marihuana, bazuco) y diferenciándose de insumos ancestrales como el pilde, cuyo uso está mediado por el sentido ritual y comunitario.

Esto sugiere que, aunque el riesgo aumenta en la ciudad, la transmisión cultural y el acompañamiento familiar siguen siendo mecanismos clave de prevención. Como lo sustenta la lectura en “la influencia y las amistades ejercen un factor de adherencia y aceptación en el estudiante indígena como mecanismo de adaptación a la vida en la cultura occidental. Todo esto debido a que los jóvenes buscan identificarse en un lugar o sociedad y en los diferentes grupos a los que pertenecen, y el consumo de sustancias psicoactivas se presenta como medio para alcanzar esa aceptación”. (Posada-Zapata & Mendoza-Ríos, 2017 p11).

De otro lado, un hallazgo relevante es que la migración a contextos urbanos como Bogotá implica un debilitamiento de los espacios sagrados y de las prácticas propias, lo cual constituye un factor de riesgo estructural para la comunidad Eperãrã Siapidaara. Los resultados de los instrumentos aplicados indican que la vida en la ciudad ha afectado la posibilidad de mantener los espacios sagrados y las prácticas propias, lo que puede constituir un factor de riesgo. En el cuestionario, este elemento se relaciona con el alto acuerdo sobre la pérdida cultural y la falta de espacios comunitarios como riesgo, lo cual reafirma que el debilitamiento de la vida comunitaria incrementa la vulnerabilidad juvenil. Este patrón sugiere que el riesgo no se concentra en el consumo directo, sino en la pérdida de los mecanismos de protección cultural y social que se rompen al migrar a la ciudad.

En este sentido, la migración urbana reduce la capacidad de la comunidad para ejercer control social y protección cultural, ya que los jóvenes se encuentran inmersos en contextos donde el consumo de SPA es más visible y accesible. La pérdida de los espacios sagrados y de la vida comunitaria se traduce en una disminución de los mecanismos protectores, aumentando la vulnerabilidad frente a la normalización del consumo. El testimonio de un miembro de la comunidad lo describe claramente: “yo diría que en la ciudad pienso que hay quizás más presión o más riesgo (...) por la soledad, por los problemas económicos o también... por esa facilidad de conseguirlo...”, lo que muestra que el entorno urbano incrementa la exposición a prácticas de

consumo. Sin embargo, el mismo relato también enfatiza la importancia de la orientación comunitaria: “debemos nosotros como comunidad orientar y dialogar... explicar qué sustancias son ajenas a nosotros (...) como la marihuana, bazuco (...) y el pilde (...) explicamos la importancia que tiene para el pueblo” (E.A. Ismare, 2025).

Esto indica que, aunque la ciudad aumenta el riesgo, la transmisión cultural y el acompañamiento familiar continúan siendo estrategias clave de prevención, así mismo lo indica "La problemática evidenciada ante el contacto con el mundo occidental de las comunidades indígenas se refiere al término de hibridación cultural, la cual genera en el individuo una adquisición importante de nuevas prácticas que son recombinadas con prácticas existentes hasta forjar nuevas ideas y rituales con un enfoque diferente; generando así una adaptación cultural, en la cual los individuos por medio de su identidad como indígenas buscan preservar su cultura y ritualidad. Además, el consumo de sustancias ilícitas por parte de comunidades indígenas en entornos occidentales se da en consecuencia a respuestas y cubrimiento de sus necesidades espirituales a diferencia del consumo netamente recreativo y social ejercido por la comunidad occidental". (González Díaz & Castro Torres, 2024 p45).

Sumado a lo anterior, un riesgo cultural identificado es el uso de insumos ancestrales fuera del contexto ritual y medicinal. La comunidad reconoce que estas sustancias tienen un significado sagrado y que su uso indebido puede generar problemas, especialmente si se emplean como “vicio”. En este sentido, el testimonio de S. Valencia Chirimía (2025) afirma que las sustancias ancestrales “no deben ser empleadas para vicio”, lo cual evidencia que la regulación cultural sobre estas sustancias es clave para evitar su uso indebido. Cuando esta regulación se debilita, se abre la posibilidad de que se normalice el consumo de SPA fuera de los contextos tradicionales, lo cual constituye un riesgo cultural y social si no se sigue extendiendo la importancia del uso medicinal. Como indican, González Díaz & Castro Torres (2024) “los aspectos negativos se evidenciaron el choque entre culturas, la violencia y la discriminación son problemas que ocasionan alteración de salud mental como consecuencia a la desobediencia a sus ancestros”(p.45). De ahí la importancia de que la comunidad y sus nuevas generaciones reconozcan el uso que se le brinda a la medicina ancestral para que tomen otras vías.

También surgieron factores personales y socioculturales identificados que coinciden con la evidencia reportada en la literatura secundaria, la cual señala que la edad, la exposición a entornos de consumo, la presión de pares y la falta de acompañamiento familiar son los principales factores de riesgo frente al inicio de consumo de SPA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Este hallazgo bibliográfico refuerza la idea de que la vulnerabilidad juvenil no se explica únicamente por decisiones individuales, sino por la interacción con entornos sociales y culturales que favorecen la normalización del consumo. En la comunidad, esta vulnerabilidad se observa especialmente en jóvenes migrantes en la ciudad, quienes enfrentan un contexto donde el consumo es más visible y donde se debilitan los espacios comunitarios protectores. Ya que encontramos en las lecturas "los estudiantes, tanto del presente estudio como

del nacional, reconocen la presencia y la venta de SPA dentro del colegio y en los alrededores, así como consumo por los estudiantes. En ambos estudios la sustancia más fácil de conseguir es la marihuana, seguida por el bazuco; la de más difícil acceso es el éxtasis". (Pedroza-Buitrago et al., 2019, p. 5). Lo cual genera un riesgo y mayor preocupación por la comunidad.

Así que la interacción de estos riesgos individuales y socioculturales evidencia la necesidad de estrategias preventivas focalizadas en la juventud urbana de la comunidad, fortaleciendo la transmisión de saberes ancestrales y la supervisión familiar como mecanismos protectores. En este sentido, el resultado del cuestionario refuerza esta necesidad, pues muestra un alto acuerdo en torno a la influencia de la presión de pares y la falta de espacios comunitarios como factores de riesgo. De manera complementaria, el testimonio de los espacios comunitarios indica que la orientación de los mayores y la participación en actividades culturales son herramientas preventivas clave, lo cual sugiere que la prevención debe ser comunitaria y culturalmente pertinente, y no solo basada en enfoques externos. Esta articulación entre evidencia secundaria y hallazgos primarios confirma que los riesgos se amplifican cuando se debilitan los vínculos familiares y comunitarios, por lo que la respuesta preventiva debe centrarse en fortalecer el tejido social y cultural de la comunidad.

Por último, una autoridad indígena del pueblo Eperãrã Siapidaara refiere que “bueno en este caso me voy a enfocar en una persona que consuma algo psicoactivo, pero pues qué es externo entonces, por ejemplo, si una persona consume cocaína pienso que sí necesita apoyo de no señalamiento pues por decirlo así necesita como él también esa orientación desde un sabedor desde un médico tradicional en este caso de nosotros puede ser la tachi nawe” (E. A. Ismare, 2025). Esta postura evidencia que, desde el pensamiento propio del pueblo Eperara, la atención y prevención del consumo de sustancias psicoactivas externas no se conciben desde la sanción o el estigma, sino desde el acompañamiento, la orientación espiritual y el saber ancestral. Por ende, resulta fundamental la articulación entre las costumbres, usos y prácticas tradicionales especialmente el rol de los sabedores, la tachi nawe y la medicina ancestral como ejes centrales de las estrategias de prevención comunitaria, fortaleciendo el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad Eperãrã Siapidaara.

3.12.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

En este apartado se analizan los resultados frente a los factores protectores presentes en la comunidad Eperãrã Siapidaara, reconocidos por la literatura como elementos clave para prevenir el inicio y consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA). A partir de la triangulación de información primaria (círculos de la palabra, grupos focales, observación comunitaria y cuestionarios individuales) y secundaria (revisión bibliográfica y documentos institucionales), se evidencian factores protectores en los ámbitos estructural, sociocultural, personal y territorial. Estos elementos fortalecen la identidad cultural, la cohesión social, el

bienestar integral y el autocuidado comunitario, lo cual coincide con la literatura que destaca el papel del tejido social y la espiritualidad como mecanismos de prevención en pueblos indígenas (García & López, 2020).

En el ámbito comunitario y estructural se identifica como hallazgo central el consejo colectivo como práctica de cuidado y prevención. Cuando una persona se encuentra en situación de riesgo o expuesta al consumo, la comunidad responde con acompañamiento y orientación, con el propósito de evitar que la persona transite por “malos caminos” y se exponga a conductas de riesgo. Este hallazgo se verifica en los resultados del cuestionario donde la mayoría de las participantes contestan que acompañarán a una persona de la comunidad que estén empezando a consumir, además de estar en los relatos de autoridades en el grupo focal, quienes describen el consejo como una práctica transmitida de generación en generación y como un mecanismo de control social que protege la vida individual y colectiva (Grueso, 2025; D. Chirimía, 2025). La triangulación con los cuestionarios individuales muestra un alto nivel de acuerdo respecto a la importancia del consejo comunitario como estrategia preventiva, lo cual evidencia su vigencia y su valor como factor protector.

En este sentido, el consejo colectivo se configura como una forma de intervención comunitaria que refuerza la responsabilidad compartida y el sentido de pertenencia. Al entender que las afectaciones individuales impactan directamente a la familia y al conjunto de la comunidad, se fortalece la idea de que el bienestar de uno es el bienestar de todos. Este enfoque colectivo permite que la comunidad mantenga vigilancia sobre sus miembros y, a través de la orientación, se logre prevenir el consumo antes de que se convierta en un problema. Esto se refleja en la afirmación: “Tachi Ode T’tadama, retomemos nuestro camino, escuchemos el consejo de los mayores para no desviarnos y seguir viviendo bien como comunidad.” (Tachi Ode T’tadama, 2025).

Asimismo, se evidencia que los espacios comunitarios de participación, como los círculos de la palabra, grupos focales, mingas y actividades culturales, funcionan como escenarios de fortalecimiento del tejido social. Estas prácticas permiten la transmisión de saberes ancestrales, la resolución colectiva de conflictos y la reafirmación de la identidad cultural, lo cual se interpreta como un factor protector frente a la vulnerabilidad juvenil. La observación en campo que se identificó en los recorridos, indica que el cabildo urbano y las actividades comunitarias mantienen a los jóvenes vinculados a la comunidad, reduciendo el riesgo de adopción de conductas de consumo. En este sentido, el trabajo comunitario se configura como un proceso estructural que sostiene la prevención mediante la participación y el sentido de pertenencia.

Esto se evidencia en una reflexión realizada por un líder indígena propio de la comunidad cuando refiere “como dicen nuestros mayores de nuevamente desaprender y aprender, porque yo no pensaba que venía a escuchar un diálogo como de estos temas pensé de pronto de otros temas más enfocados directamente a la salud, pero pues yo sé que esto también va a la salud por lo que son cosas que conectan que quizás no son iguales, pero son cosas que

conectan en la misma línea de cómo afecta el tema de salud con estos de temas de las drogas no, de los nuestros niños y la nueva generación como tal, si, y yo creo que esos temas que nosotros como cabildo, como comunidad, ósea muy poco tocamos, quizás por lo que nosotros no estamos viendo que eso está pasando, cierto. la reflexión que a mí me lleva es como que oiga, estamos quizás así, pero es momento de que nosotros abramos los ojos y digamos bueno invitemos a nuestra nueva generación y dialoguemos frente al tema, si, entonces yo creo que a eso me lleva esa reflexión de hoy y es importante”. (E.A. Ismare 2025).

Como también lo sustenta la literatura en "Así mismo se deben propiciar estrategias que promuevan la exigibilidad de derechos, liderazgo, gestión y movilización social, para ello la Rehabilitación Basada en Comunidad, entendida como una “estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades” (OIT, UNESCO y OMS). En el ámbito sociocultural se constata que la espiritualidad y las prácticas ancestrales son factores protectores fundamentales. En los relatos comunitarios, el respeto por la autoridad espiritual (Tachi Nawe) y por el jaipaná se presenta como un referente normativo que orienta el comportamiento social y la toma de decisiones. La afirmación “retomemos nuestro camino, escuchemos el consejo de los mayores para no desviarnos y seguir viviendo bien como comunidad” (Tachi Ode T’tadama, 2025) esto evidencia que el consejo de los mayores es un principio orientador de vida, cuya observancia previene conductas de riesgo. Esta percepción se refuerza con los resultados de los cuestionarios individuales, donde se observa un alto acuerdo sobre la importancia del respeto a las autoridades tradicionales como factor protector.

De igual manera, se verifica que el uso regulado de ciertas sustancias dentro de contextos rituales y medicinales funciona como factor protector. El viche y el tabaco no son considerados vicios cuando su uso está mediado por el jaipaná y orientado a la sanación o equilibrio espiritual. Este hallazgo se evidencia en el testimonio: “Sustancias como el viche o el tabaco no son concebidas como vicios, sino como elementos de sanación y tratamiento.” (A. M. Mejía, 2025). La comunidad diferencia claramente entre uso ancestral y consumo problemático, lo que contribuye a limitar la aceptación de sustancias externas. En este mismo sentido, la espiritualidad se verifica como mecanismo de control emocional y protección mental. La práctica de oraciones, baños con plantas medicinales y la petición a entidades espirituales se presenta como una estrategia para mantener el equilibrio emocional y evitar decisiones impulsivas. Esto se evidencia en testimonios que relacionan la espiritualidad con la prevención de conductas de riesgo (D. Chamapura, 2025; A. M. Mejía, 2025). La espiritualidad, en este contexto, no se entiende solo como una creencia, sino como una práctica cotidiana que fortalece la autoestima, el autocuidado y la capacidad de resistir presiones externas.

A nivel personal se identifica que el acompañamiento familiar, los vínculos afectivos y la transmisión de valores son factores protectores determinantes. El análisis de los relatos y de los cuestionarios individuales evidencia que la comunicación familiar, especialmente el diálogo

entre padres e hijos se percibe como una estrategia preventiva efectiva. En este sentido, se resalta que el acompañamiento constante de madres, padres y mayores se configura como uno de los principales factores protectores, ya que el consejo desde edades tempranas, la orientación sobre con quién relacionarse, la vigilancia del entorno social y la transmisión de valores son acciones permanentes para prevenir que niños y jóvenes se vinculen con amistades consumidoras o adopten prácticas perjudiciales.

El testimonio “(...) A veces nuestros niños nos quieren comunicar algo y no los escuchamos; si no los escuchamos, ¿a qué camino van? Este espacio me deja la reflexión de hablar más con mis hijos para que no lleguen a cometer situaciones que no deben ser.” (E. A. Ismare, 2025) refuerza la importancia del diálogo como factor protector, destacando la necesidad de escuchar a los jóvenes y generar espacios de comunicación abierta. Además, se verifica que la decisión individual, sustentada en valores culturales y familiares, funciona como elemento protector. En contextos urbanos y territoriales, los miembros de la comunidad manifiestan que, aunque existen situaciones de consumo, la persona fortalecida por su identidad cultural y espiritualidad decide no consumir. Este hallazgo se interpreta como una forma de autonomía y autocontrol emocional que se fortalece con el apoyo comunitario y espiritual. En este marco, la resistencia cultural y la adaptación se convierten en estrategias de prevención, pues la comunidad mantiene viva su identidad y valores frente a la dinámica urbana.

En el ámbito territorial se identifica que los espacios culturales y simbólicos propios, como la casa grande (te waibia) y el territorio ancestral, favorecen la convivencia armónica y la transmisión de prácticas protectoras. En Bogotá, en la localidad de San Cristóbal, la comunidad Eperã Siapidaara ha recurrido a procesos de resiliencia que fortalecen la protección frente al consumo de SPA, destacando la importancia de mantener los espacios culturales como escenarios de identidad y pertenencia. En este sentido, la presencia de huertas medicinales y la protección del hogar se evidencian como elementos que refuerzan la armonía y la protección espiritual, lo cual se considera un factor protector frente a influencias externas. Como lo describe Tachi Ode T’tadama: “Las huertas fortalecen la armonía del hogar y alejan energías negativas.” (Tachi Ode T’tadama, 2025).

Además, la comunidad enfatiza que los espacios comunitarios y simbólicos son esenciales para que las nuevas generaciones no olviden sus raíces. Sin estos espacios culturales (danzas, rezos, actividades comunitarias), la identidad Eperã Siapidaara se diluiría en la dinámica de la ciudad, lo cual aumentaría la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de SPA.

Así mismo, la comunidad ejerce una vigilancia colectiva sobre sus jóvenes, acompañándolos en su formación y orientando sus decisiones. Elegir bien las amistades, respetar la palabra de los padres y mantener vínculo con el territorio se reconocen como elementos clave para evitar el consumo. En palabras de la comunidad: “El deber de los padres en la ciudad es asegurar que sus hijos acaten el mensaje de los mayores.” (Relato comunitario, 2025). Este tipo

de vigilancia comunitaria se entiende como una forma de cuidado colectivo que no se limita al control, sino que busca acompañar y orientar desde el amor y la tradición. El respeto por la autoridad espiritual y la palabra de los mayores se convierte en un mecanismo natural de prevención, pues la comunidad entiende que la vida individual afecta el bienestar colectivo.

La triangulación evidencia que los factores protectores superan ampliamente a los factores de riesgo. El cuestionario muestra altos niveles de acuerdo (75 %–100 %) frente a afirmaciones relacionadas con la importancia de la familia, el consejo de los mayores, la participación comunitaria y la identidad cultural. En conjunto, estos factores protectores evidencian que la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el pueblo Eperã Siapidaara se sustenta en el fortalecimiento de la familia, la comunidad, la espiritualidad, la medicina propia y la identidad cultural. Estos elementos coinciden con estudios secundarios que demuestran que los pueblos indígenas poseen sistemas de prevención basados en la tradición, el territorio y la espiritualidad, más efectivos que los modelos externos impuestos (García & López, 2020). En este sentido, la prevención en esta comunidad se configura como un proceso integral, donde la cultura, la espiritualidad y la vida comunitaria funcionan como mecanismos de protección frente a conductas de riesgo.

3.12.4 Análisis territorial.

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Eperã Siapidaara se desarrolló en la localidad de San Cristóbal, específicamente en los barrios 20 de Julio, Bello Horizonte y Atenas, teniendo como puntos focales para el análisis los parques Atenas, Bello Horizonte y el Colegio José Joaquín Castro Martínez. El proceso se enmarca en la propuesta Tachi eujã k'awamaa (Conociendo el territorio), orientada a la apropiación de espacios significativos para el resarcimiento y la reconexión con la cosmogonía y cosmovisión propias, con el propósito de transmitir estos saberes a las nuevas generaciones e identificar lugares donde se presentan factores de riesgo asociados a inseguridad y consumo de SPA que puedan afectar especialmente a niños y niñas, en el marco de sus derechos y deberes en la ciudad.

Territorialmente, el sector se caracteriza por ubicarse en laderas con calles en pendiente, pavimentadas y con iluminación, aunque con acceso vehicular limitado y lento debido a la complejidad topográfica, mientras que el acceso peatonal es más favorable. Los parques cuentan con vegetación moderada y zonas verdes pequeñas y el colegio presenta acceso vehicular restringido por las pendientes. Alrededor de estos espacios se registra acumulación de residuos sólidos y presencia de consumidores de SPA y habitantes en calle, situación que se asocia directamente con la disposición inadecuada de residuos y genera una percepción constante de inseguridad que ha llevado a que la comunidad restrinja o evite el uso de estos espacios educativos y de ocio. También relativo al consumo se encuentra que el pueblo Eperara identifica que sustancias como la marihuana, el cigarrillo, el alcohol y la cocaína dejan residuos sólidos,

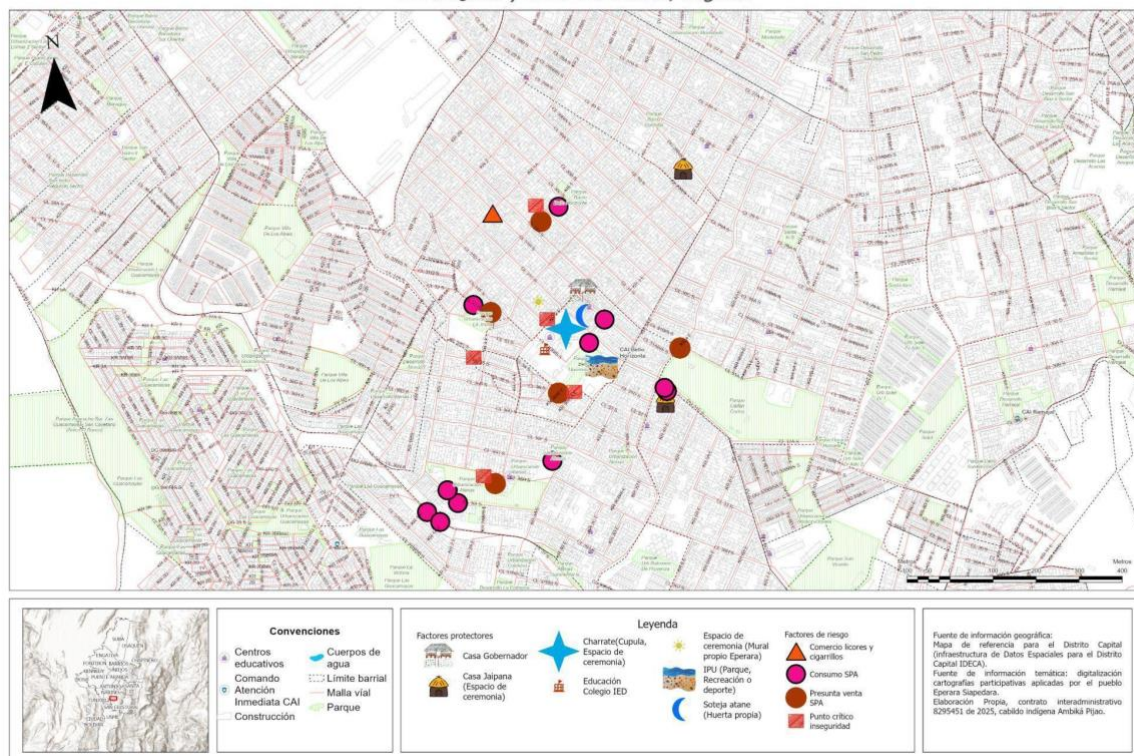
líquidos e incluso heces humanas, configurando un entorno que impacta el bienestar físico, emocional y espiritual de la comunidad.

Como factores protectores la ficha menciona la ocupación y unidad de la comunidad como estrategia de acompañamiento desde el cabildo para fortalecer el bienestar colectivo y la protección de los espacios reconociendo que existe una dinámica dual en el territorio: por un lado, la participación en parques, huertas y casa comunitaria las cuales fortalecen la identidad cultural y ofrece alternativas de recreación y transmisión de saberes pero por otro, el riesgo es latente debido a la presencia de venta y consumo de SPA tanto legal como ilegal, lo que atrae actores ajenos a la comunidad como habitantes de calle y consumidores, generando acumulación de residuos, humos y afectaciones al entorno, sumado a la percepción de escasa presencia institucional.

También dentro de los factores territoriales protectores, los parques y colegios son valorados como espacios donde los niños pueden mantener viva la cultura y fortalecer emociones y espíritu, especialmente considerando que la comunidad es víctima del conflicto armado; sin embargo, también se reportan situaciones de discriminación en entornos escolares que generan tensiones relacionales y pueden incrementar la vulnerabilidad frente al consumo como forma de evasión.

Figura 16. *Cartografía Participativa del Pueblo Eperãrã Siapidaara: Factores Protectores y de riesgo de SPA.*

*Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Eperara Siapidara
20 de Julio y Bello Horizonte, Bogotá.*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

En la cartografía realizada, el pueblo Eperã Siapidaara reconoce lugares importantes como factores protectores tales como el Charrate, el mural propio Eperã Siapidaara como espacio de ceremonia, el IPU Parque y Soteja Atane (huerta propia). La cartografía muestra que estos espacios se configuran como nodos centrales desde donde la comunidad teje su cosmovisión y cosmogonía, articulando prácticas de prevención frente al consumo de SPA y fortaleciendo la cohesión comunitaria. Sin embargo, el análisis territorial evidencia que estos nodos protectores se encuentran inmersos en un entorno donde parques como Atenas, Bello Horizonte, Gaitán Cortés y Urbanización La Joyita presentan dinámicas recurrentes de consumo de SPA tanto legales como ilegales, generando una percepción crítica de inseguridad evidenciando que los puntos de consumo de SPA y los puntos críticos de inseguridad se entrelazan.

La proximidad entre espacios de memoria, ceremonia y huerta propia con zonas donde se registra consumo, venta y acumulación de residuos produce una tensión territorial constante debido a que los mismos lugares que posibilitan la transmisión cultural y el fortalecimiento espiritual están rodeados por dinámicas urbanas que afectan el equilibrio. Así, la cartografía permite visualizar una territorialidad ambivalente en la que coexisten nodos de protección

cultural con focos de riesgo asociados al consumo, evidenciando que la protección del pueblo Eperãrã Siapidaara depende en gran medida de la apropiación comunitaria y del acompañamiento organizativo frente a un entorno urbano que presenta vulnerabilidades persistentes.

3.13. Pueblo Kamëntsá

3.13.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Para el pueblo Kamëntsá, las sustancias psicoactivas (SPA) son comprendidas, en términos generales, como elementos ajenos a su tradición, vinculados a dinámicas externas propias de la cultura occidental. Los resultados del cuestionario individual confirman esta percepción: la comunidad encuestada identifica claramente las SPA como influencias externas que no forman parte de sus usos y costumbres. No obstante, esta diferenciación no desconoce que en la medicina ancestral exista un uso específico y ritualizado del aguardiente y el cigarrillo con fines medicinales.

El testimonio de L. Agreda (2025) es ilustrativo al respecto: “El cigarrillo también se usaba antiguamente, el cigarrillo Piel Roja, lo usaban para cuando tomaban yagé o sanaciones, siempre con uso prudente, no en exceso”. La advertencia “no en exceso” marca una frontera ética y cultural clara entre el uso ritual y el abuso. Los cuestionarios respaldan esta distinción conceptual, pues evidencian que la comunidad no asocia el uso de plantas, raíces y bejucos medicinales con el consumo de SPA. En otras palabras, el saber ancestral establece criterios de legitimidad, dosificación y orientación espiritual que impiden equiparar la medicina tradicional con prácticas recreativas o problemáticas.

Esta enseñanza sobre el uso responsable constituye un legado cultural explícito. Como afirma nuevamente L. Agreda (2025), el consumo de licor o cigarrillo solo es aceptable “cuando es necesario” y con fines medicinales. Los resultados del cuestionario muestran que la comunidad comprende las consecuencias físicas y mentales del consumo abusivo, lo que evidencia una conciencia crítica frente al alcoholismo y otras formas de uso problemático. Así, el saber tradicional no romantiza el consumo, sino que lo regula estrictamente dentro de marcos rituales, como en las preparaciones de chonduro rojo con aguardiente quemado o el uso ceremonial del aguardiente en tomas de yagé, administrado en dosis mínimas (M. Juagibioy, 2025; L. Agreda, 2025).

Desde la cosmovisión Kamëntsá, el yagé es exclusivamente una planta medicinal y espiritual. Esta comprensión se refleja también en los resultados del cuestionario, donde la mayoría de los participantes se muestra en desacuerdo con la idea de que el uso de plantas sagradas pueda interpretarse como consumo de SPA. Se reafirma así una distinción ontológica entre medicina ancestral y sustancia psicoactiva occidental: mientras la primera busca restaurar armonía, la segunda es percibida como fuente de desarmonización.

En efecto, la categoría de percepciones revela que la comunidad está de acuerdo y muy de acuerdo en que el consumo de SPA constituye una fuente de desarmonización o desequilibrio de las emociones, la mente y el espíritu. La armonía, entendida como bienestar integral entre cuerpo, mente, espíritu y territorio, se fractura cuando se introducen prácticas ajenas que alteran la estabilidad comunitaria. Asimismo, los encuestados asocian el alejamiento de valores y costumbres con desarmonías que pueden conducir al inicio del consumo, y reconocen que este genera una imagen negativa dentro de la comunidad.

En la categoría de factores de riesgo, los resultados enfatizan que el inicio y mantenimiento del consumo se relacionan principalmente con factores externos y estructurales. El desarraigo, la desterritorialización y el debilitamiento de las prácticas culturales fragmentan las tradiciones y aumentan la vulnerabilidad. Particularmente, los encuestados consideran que colegios y universidades favorecen la cercanía y acceso a las SPA, mientras que dentro del territorio comunitario el acceso no se percibe como fácil. Esta diferencia refuerza la interpretación de que el riesgo se intensifica en contextos urbanos y externos.

Adicionalmente, los resultados indican que la pérdida de prácticas culturales o espirituales incrementa el riesgo de consumo, así como la falta de espacios comunitarios para compartir saberes y tradiciones. Se identifica a los hombres como población más vulnerable, especialmente en la juventud (19–26 años) y adolescencia (12–18 años), y se reconoce que la falta de oportunidades educativas o laborales constituye un factor determinante. Estos hallazgos permiten interpretar el consumo como un fenómeno asociado a transiciones vitales, presiones estructurales y tensiones identitarias en el contexto urbano.

En Bogotá, la comunidad Kamëntsá enfrenta dinámicas que transforman su relación con el tiempo, el espacio y el territorio. Las presiones económicas, la discriminación y el distanciamiento familiar generan desequilibrios emocionales y espirituales que pueden incidir en la percepción del riesgo. Sin embargo, los resultados muestran que las prácticas culturales y espirituales adquieren mayor valor como factores protectores.

La categoría de factores protectores evidencia que la comunidad está de acuerdo y muy de acuerdo en que la unión familiar contribuye a la prevención del consumo. Asimismo, se reconoce que las actividades deportivas y culturales reducen el riesgo, que el fortalecimiento de la identidad cultural protege frente al consumo, y que la participación en actividades comunitarias actúa como mecanismo preventivo. Los saberes y medicinas propias son valorados como herramientas de prevención, y existe un acuerdo fuerte en que las enseñanzas de mayores, sabedores y sabedoras orientan buenas decisiones. De manera significativa, la comunidad se muestra muy de acuerdo en que la medicina tradicional ha ayudado a sanar a personas con problemas de consumo. En este contexto, las mingas urbanas, las conmemoraciones del Bëtsknate y el Uackjnaité, así como la preservación del idioma y la medicina propia, se convierten en estrategias intencionales de resistencia cultural. La identidad no es únicamente símbolo, sino mecanismo concreto de protección frente al uso y abuso de SPA.

En conclusión, la integración de los resultados del cuestionario permite afirmar que el pueblo Kamëntsá distingue claramente entre medicina ancestral y sustancia psicoactiva occidental; reconoce el consumo problemático como fuente de desarmonización integral; identifica factores de riesgo principalmente externos y estructurales; y reafirma que la familia, la identidad cultural, la espiritualidad y la medicina propia constituyen pilares fundamentales para la prevención. Así, en el contexto urbano, la preservación y fortalecimiento de las prácticas propias no solo sostienen la memoria cultural, sino que configuran una estrategia activa de protección colectiva frente al consumo de SPA.

3.13.2. Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Dentro del análisis de los factores de riesgo, se identifica que la fragilidad de la estructura familiar y generacional constituye un eje determinante para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Esta realidad se refleja en las voces de la comunidad, donde se afirma que las dificultades profundas en el hogar pueden llevar a los individuos a refugiarse en las drogas (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Tal percepción guarda una estrecha relación con los hallazgos de los cuestionarios aplicados, en los cuales la mayoría de los participantes coincide en que la ruptura o fragmentación del diálogo familiar incrementa la vulnerabilidad. Estos factores se ven agudizados por condiciones estructurales como la separación, el abandono familiar, la experimentación temprana y la influencia de amistades en entornos de riesgo (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025).

Este panorama se entrelaza con el debilitamiento de los encuentros comunitarios y culturales, procesos que están profundamente ligados a las estructuras territoriales derivadas del desplazamiento. El hecho de habitar en una ciudad como Bogotá implica enfrentarse a dinámicas locales heterogéneas donde la economía, el estrato y la oferta social varían drásticamente. En este sentido, la experiencia de una familia Kamëntsá en la localidad de Teusaquillo no es comparable con la de una familia asentada en Ciudad Bolívar, dado que el entorno condiciona de manera distinta los factores de riesgo. Así lo expresa la literatura consultada:

En el eje temático de vivienda, se identificó que dado el contexto de ciudad se habitan espacios más reducidos a diferencia de los procesos que se tienen en territorios indígenas a nivel nacional, así mismo, los espacios familiares para el encuentro son menos. Aunado a lo anterior, las comunidades habitan en sectores reconocidos bajo la denominación de periferia, donde las situaciones como inseguridad, robos, consumo de sustancias, convivencia con personas ajenas a los pueblos indígenas, generan una atomización cultural, fragmentación y dispersión de los pueblos. (Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, 2023, p.221).

Complementariamente, se reconoce que el tránsito del territorio ancestral a la urbe puede actuar como un detonante, pues el desplazamiento hacia contextos urbanos puede generar problemas personales que derivan en el consumo de sustancias, dependiendo del contexto específico en el que se resida (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025).

La dispersión geográfica de las familias Kamëntsá a lo largo del Distrito dificulta el tejido de encuentros comunitarios y debilita las prácticas culturales que históricamente han servido de protección. Los resultados de la investigación validan esta premisa: la pérdida de las prácticas propias y la falta de adaptación sociocultural aumentan el riesgo frente al consumo, situando a la juventud indígena en una posición de especial vulnerabilidad. Al respecto, se ha establecido que fenómenos como el debilitamiento de la medicina propia y la escasa adecuación intercultural de los servicios de salud condicionan la salud mental de los pueblos indígenas. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019, como se citó en Vargas y Parra, 2021), las tasas de trastornos mentales en estas poblaciones tienden a ser mayores que en el resto de la población y están en aumento, afectando principalmente a los jóvenes quienes inician o aumentan el consumo de sustancias como respuesta a este desequilibrio.

Bajo esta misma lógica, los entornos escolares en la ciudad representan escenarios de alta vulnerabilidad. Esta situación se ve acentuada por la configuración de los espacios urbanos, donde los perímetros educativos presentan una porosidad que facilita la incidencia de agentes externos dedicados al microtráfico. Testimonios recolectados en el trabajo de campo advierten que los expendedores operan en las afueras de los colegios y en espacios de socialización, incitando activamente a los jóvenes al consumo (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Estos hallazgos cualitativos coinciden con los cuestionarios aplicados, donde se señala que la infraestructura y el entorno de las instituciones educativas favorecen la proximidad y el fácil acceso a dichas sustancias.

En consecuencia, el pueblo Kamëntsá ha identificado que el consumo de sustancias no es un fenómeno aislado, sino que se entrelaza con la pérdida de tradiciones que garantizan el bienestar individual y familiar. Se evidencia que los espacios de encuentro comunitario son fundamentales para prevenir el daño, pues el aislamiento conduce a estados de depresión que, en casos extremos, derivan en el suicidio (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Por lo tanto, la promoción de la identidad cultural constituye una estrategia de salud preventiva esencial. La falta de acceso a bienes y servicios para el bienestar integral, sumada al desarraigo, posiciona esta problemática como un fenómeno de salud pública. Según Góngora y Leyva (2005, como se citó en Bastidas, 2020), el uso excesivo de sustancias contribuye a una gama de problemas médicos graves, desde la cirrosis hasta el síndrome de alcoholismo fetal. Asimismo, el suicidio surge como una conducta vinculada a factores desencadenantes como la carencia de una educación intercultural y la restricción de espacios rituales que conllevan a un desequilibrio cultural profundo (Millán et al., 2019).

Esta problemática adquiere una dimensión territorial crítica al analizar el sector de la Casa de Pensamiento Shinyak, en el barrio San Bernardo. A pesar del conocimiento institucional sobre las dinámicas de la zona, el sector persiste como un punto crítico de expendio, reconocido coloquialmente como el Samber. Se ha identificado que existen puntos de venta a escasas dos cuadras de la Casa de Pensamiento, lo que configura un panorama de riesgo constante para la

comunidad (C. Agreda, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Esta geografía del riesgo se complementa con un sentimiento de inseguridad persistente, donde la presencia policial no basta para proteger a quienes se desplazan desde la estación de la Hortúa hacia el Shinyak, dado que el radio de inseguridad supera la vigilancia local (C. Agreda, comunicación personal, 15 de enero de 2025).

En conclusión, los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas convergen en la ruptura de las estructuras familiares, la precariedad económica y un entorno habitacional hostil. No obstante, para las poblaciones étnicas en contexto de ciudad, el factor determinante reside en la crisis de identidad cultural. De este modo, fortalecer las prácticas de medicina ancestral se perfila como la herramienta más eficaz para resarcir el consumo problemático y restaurar el equilibrio social de la comunidad en el entorno urbano.

3.13.3. Factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas

Es fundamental reconocer que el pueblo Kamëntsá residente en Bogotá D.C. conserva y desarrolla sus prácticas propias como un mecanismo de resistencia cultural, tanto material como inmaterial. Estos procesos se enmarcan en encuentros comunitarios que constituyen el tejido invisible de la oralidad, eje central para la transmisión de saberes. Al respecto, se establece que la identidad y la cosmovisión de los pueblos indígenas descansan sobre la familia y el papel de las mujeres como dadoras de vida, así como en la función de los mayores y mayores en la transmisión de la espiritualidad y los oficios tradicionales (Vargas y Parra, 2021). Esta perspectiva reafirma los hallazgos de los cuestionarios aplicados, en los cuales los encuestados coinciden en que las enseñanzas de los mayores son determinantes para la toma de decisiones asertivas frente al riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

En este contexto, la familia se identifica como el primer escenario de socialización y la base para la pervivencia de las tradiciones. Representa un pilar para orientar la palabra a partir del diálogo y la construcción de acuerdos, promoviendo ambientes saludables que se ven fortalecidos por el acompañamiento de la medicina ancestral. A través de rituales de sanación física y espiritual, se consolida un sistema de apoyo donde la familia orienta y conoce las afectaciones de sus miembros para lograr un respaldo mutuo, siempre bajo la guía de la medicina propia (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). De este modo, el proceso de ayuda converge en una relación de confianza con los taitas y médicos tradicionales, quienes son reconocidos como portadores de sabiduría y guías espirituales, lo cual concuerda con la percepción de los encuestados sobre la eficacia de la medicina propia en la prevención del consumo.

Durante el desarrollo de los círculos de la palabra, se observaron factores protectores tangibles como el uso de plantas medicinales, sahumerios y raíces, elementos que representan la cosmovisión Kamëntsá y se utilizan para la armonización de los espacios. Estas vivencias, que parten de la palabra del sabedor o la partera, crean un ambiente sagrado que se complementa con el uso de instrumentos musicales como el bombo, el cual simboliza el corazón y convoca al inicio

del encuentro. Estos entornos facilitan la comunicación asertiva, donde la escucha aparece como un factor trascendental para la orientación. Como señalan los testimonios, la protección desde la medicina propia implica escuchar activamente a los individuos para comprender las causas que los llevaron al consumo (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Esta eficacia terapéutica es validada por los resultados de la investigación, donde se destaca que las prácticas ancestrales han sido útiles en el tratamiento de personas con problemas de dependencia.

Para que este sistema de protección sea efectivo, es indispensable que la estructura familiar mantenga una relación armónica. Como núcleo social primario, la familia establece las reglas, valores y tradiciones que, en el contexto de ciudad, se fortalecen mediante la práctica de la lengua materna, la preparación de alimentos, el tejido y la danza. Encuentros comunitarios como el Bëtsnaté o Día Grande resultan ejemplares, pues convocan a la reconciliación y al perdón, reafirmando que la familia es el espacio donde se transmiten las normas de vida y los conocimientos fundamentales para la comunidad (Vargas y Parra, 2021). Así, tanto la estructura familiar como la comunitaria funcionan como mecanismos de prevención siempre que se articulen con actividades que promuevan la identidad cultural, tales como la música y las artesanías, las cuales permiten a la juventud ocupar sus espacios libres y fortalecer su sentido de pertenencia.

Desde una perspectiva de enfoque diferencial, es necesario incentivar en la niñez y juventud aprendizajes que incluyan la armonización con medicina propia para limpiar el cuerpo y fortalecer el espíritu (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025). Los resultados de los cuestionarios subrayan que las actividades culturales y deportivas reducen significativamente el riesgo de consumo, lo que coincide con la necesidad de generar ofertas que reconozcan el saber ancestral del cuidado dentro de las dinámicas indígenas en la urbe (Vargas y Parra, 2021). Si bien existen estrategias estatales de prevención, se hace imperativo desarrollar rutas con enfoque indígena que permitan una atención culturalmente pertinente. Esta atención debe integrar tres momentos clave: el diálogo inicial para conocer las causas, el acompañamiento desde las prácticas propias y, de ser necesario, el apoyo complementario de la salud occidental a través de profesionales en medicina y psicología (Anónimo, comunicación personal, 15 de enero de 2025).

Finalmente, se identifica un factor protector externo y territorial en la Casa de Pensamiento Shinyak. Este espacio no solo fomenta el fortalecimiento de la identidad y la tradición, sino que ofrece un entorno seguro en un sector de alta complejidad. La presencia de medidas de seguridad privada y vigilancia en la casa responde a la necesidad de proteger los procesos comunitarios que allí se gestan (C. Agreda, comunicación personal, 15 de enero de 2025). En conclusión, los factores protectores frente al uso de sustancias psicoactivas en el pueblo Kamëntsá urbano se fundamentan en la revitalización cultural. La medicina, el tejido y la danza, entretejidos con la palabra, el consejo y la guía de los mayores, conforman un hilo invisible que

sostiene el bienestar y la armonía de la comunidad, operando como una barrera sólida contra el consumo abusivo de sustancias.

3.13.4 Análisis territorial

El ejercicio de lectura territorial del pueblo Kamëntsá se desarrolló en la localidad de Santa Fe, específicamente en el barrio San Bernardo y en los alrededores de la Casa de Pensamiento Indígena Shinyak (CPI). Este espacio constituye un lugar central para la comunidad, en tanto allí se generan procesos de encuentro, apoyo y acompañamiento dirigidos a los miembros del pueblo Kamëntsá, extendiendo también su acción a habitantes del barrio como una apuesta por el tejido social y la convivencia intercultural.

No obstante, debido a las dinámicas propias del barrio San Bernardo, la Casa de Pensamiento Intercultural Shinyak (CPI) se reconoce simultáneamente como un espacio atravesado por múltiples factores de riesgo. El acceso y la salida a la CPI se tornan complejos por la alta presencia de habitantes de calle y por el consumo y comercialización de sustancias psicoactivas (SPA), tanto legales como ilegales, que se manifiestan de manera intensa en el territorio y generan una fuerte percepción de inseguridad. Durante los recorridos territoriales, la comunidad narra situaciones de vigilancia y observación sospechosa por parte de personas externas, así como la presencia de motorizados que siguen o ubican a quienes transitan hacia la Casa de Pensamiento, elementos que ponen en riesgo no solo el desarrollo de las actividades comunitarias, sino también el diario vivir de sus integrantes.

Las condiciones de acceso a la CPI se ven aún más afectadas por las dinámicas sociales y económicas que rigen el barrio, estrechamente asociadas al microtráfico, el cual configura escenarios de control territorial que incrementan los riesgos para la comunidad indígena y para la población residente en general. En este contexto, la percepción constante de inseguridad, miedo y zozobra condiciona las formas de habitar el barrio y limita la apropiación plena y segura de los espacios comunitarios.

Sin embargo, la presencia y apropiación de la CPI en el territorio también se constituye como un ejercicio de resarcimiento histórico. A través de las prácticas culturales, espirituales y pedagógicas que allí se desarrollan, la comunidad Kamëntsá aporta a la construcción colectiva de una lectura alternativa del barrio, basada en la memoria, el cuidado colectivo, la espiritualidad y la transmisión de saberes propios. Esta forma de habitar el territorio entra en tensión directa con los poderes que operan en el sector, principalmente aquellos vinculados al microtráfico, los cuales imponen dinámicas de control económico, miedo, horarios restrictivos y fronteras invisibles, configurándose como factores de riesgo del bienestar comunitario.

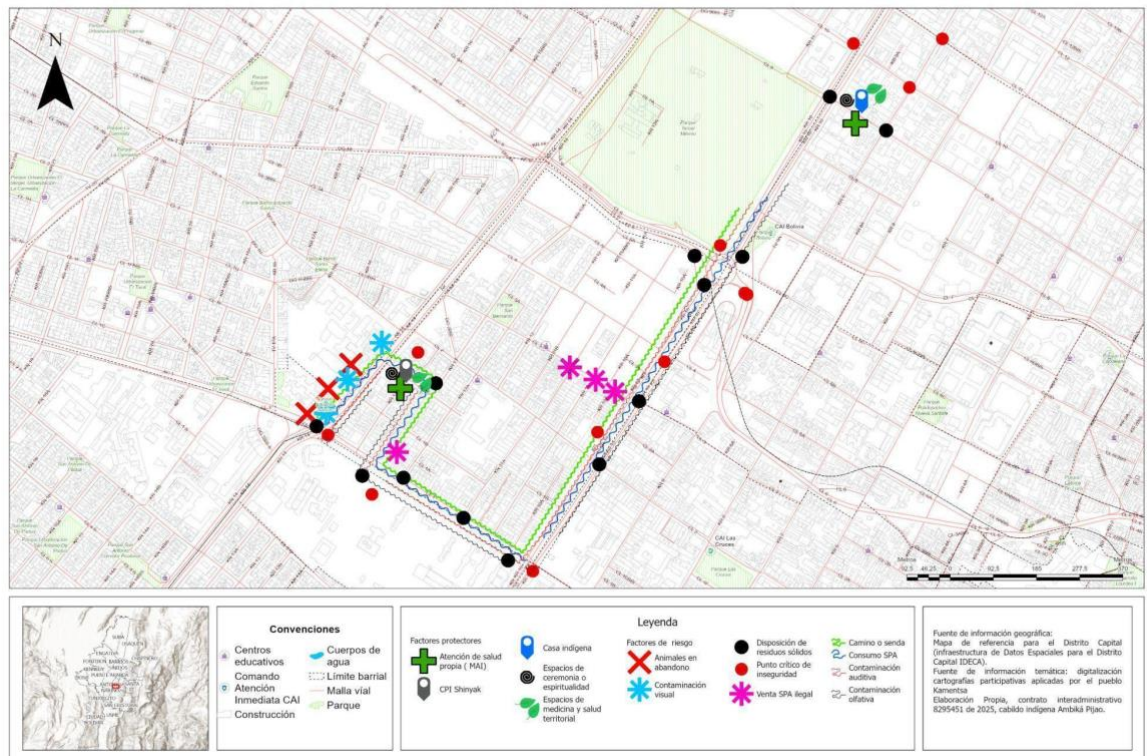
En este escenario de disputa territorial, algunos espacios adquieren especial relevancia para la salud y la seguridad de la comunidad indígena. Las zonas verdes ubicadas al costado sur del Centro Dermatológico Federico Lleras y del Hospital San Juan de Dios son identificadas como lugares de alto riesgo, debido a la acumulación de residuos sólidos, escombros y excrementos humanos y animales. De igual forma, sobre la carrera Décima, la comunidad ha

establecido un sendero de tránsito que conecta con la Casa Indígena, espacio de acogida para los pueblos indígenas en Bogotá. A lo largo de este recorrido se evidencian múltiples expresiones del deterioro barrial, tales como animales en abandono, contaminación visual y auditiva, y residuos asociados al consumo y venta de SPA, resultado directo de las dinámicas de microtráfico presentes en el sector.

A pesar de encontrarse inmersa en un entorno con altos factores de riesgo, la Casa de Pensamiento Indígena Shinyak es reconocida por la comunidad como un factor protector en el ámbito intramural. Es allí donde se materializan procesos de prevención, cuidado y acompañamiento, y donde las actividades propias del pueblo Kamëntsá fortalecen el tejido comunitario y generan un contraste significativo frente a las condiciones adversas del barrio. No obstante, las dinámicas de riesgo asociadas al consumo de SPA han limitado la frecuencia de asistencia y han afectado la percepción de tranquilidad y seguridad, impactando de manera directa la salud física, emocional, mental y espiritual de la comunidad.

Figura 17. *Cartografía Participativa del Pueblo Kamëntsá: Factores Protectores y de riesgo de SPA.*

Cartografía participativa. Factores protectores y factores de riesgo en SPA del pueblo Kamentsa Barrios San Bernardo y Centro Administrativo. Localidad Los Mártires-La Candelaria, Bogotá.



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía ubica a la Casa de Pensamiento Shinyak incrustada en medio de un entramado territorial atravesado por corredores de consumo de SPA legal e ilegal que recorren varias cuadras del sector y evidencia cómo estos corredores configuran una red continua de puntos de venta y consumo que rodean y atraviesan el entorno inmediato de la CPI, generando disposición inadecuada de residuos, puntos críticos de inseguridad, acumulación de escombros y desechos, entre otros factores de riesgo. La proximidad entre la Casa de Pensamiento y estos corredores de consumo incrementa la percepción de inseguridad y limita la libre circulación hacia el espacio comunitario, afectando la asistencia y permanencia de miembros de la comunidad.

3.14. Pueblo Kichwa

3.14.1. Percepción sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas

A partir del desarrollo metodológico del componente 6, se evidencia una resistencia conceptual frente al término psicoactivo. Desde la perspectiva de las autoridades y sabedores indígenas, esta categoría técnica es rechazada debido a su carga peyorativa y su asociación directa con el vicio. Esta discrepancia subraya la necesidad de replantear el fenómeno desde la cosmogonía indígena, donde diversas sustancias no son agentes externos de alienación, sino elementos constitutivos de la medicina ancestral. Al respecto, N. Tuntaquimba señala el choque conceptual existente al mencionar que algunas cosas para los pueblos indígenas no son catalogadas como sustancias psicoactivas, citando como ejemplos la hoja de coca o la toma de yagé (comunicación personal, 2025).

Para la comunidad, el concepto de psicoactivo no abarca la dimensión ritual y espiritual de plantas cuyo uso está estrechamente vinculado a procesos de sanación. Estos elementos son valorados por sus propiedades medicinales y su rol en la recuperación de la armonía personal, desmarcándose de la idea de un agente que genera daño per se. No obstante, se reconoce la existencia de problemáticas de dependencia ajenas al uso sagrado. Sobre este punto, N. Tuntaquimba (comunicación personal, 2025) aclara que, si bien existen sustancias utilizadas en espacios colectivos y medicinales, también se identifica a personas y jóvenes con adicciones al alcohol o problemas de consumo que, aunque mínimos, están presentes en el territorio.

En concordancia con lo hallado en los espacios de diálogo, el documento Saberes Interculturales para el Manejo de Desarmonías (Pueblo Indígena Inga, 2022) identifica al alcohol como la sustancia con mayor prevalencia y precocidad en las familias, hallazgo que guarda coherencia con la caracterización realizada por Bastidas et al. (2020). En el caso específico del pueblo Kichwa, las intervenciones de las autoridades revelan un patrón común caracterizado por el consumo habitual en contextos no rituales, el uso de la sustancia como bebida embriagante en población joven y una percepción de aprobación social en entornos familiares.

Desde una perspectiva histórica, el sabedor L. Tuntaquimba vincula el origen de esta desarmonía con los procesos de colonización, explicando que la comunidad no tenía estas costumbres antes de la llegada de los licores europeos (comunicación personal, 2025). Esta postura sugiere que la incorporación de hábitos externos marcó el inicio del alcoholismo. Bajo esta lógica, el problema no reside en la planta en su estado natural, sino en su manipulación química. Según L. Tuntaquimba (comunicación personal, 2025), la hoja de coca posee propiedades medicinales incuestionables, pero su combinación con agentes químicos para producir cocaína es lo que constituye el núcleo del problema de drogadicción.

Los datos cuantitativos obtenidos mediante el cuestionario individual refuerzan esta preocupación. El 90% de las autoridades encuestadas reconoce que el consumo de sustancias puede afectar la mente y el cuerpo, considerándolo una fuente de desarmonización social. Finalmente, el análisis integral permite concluir que el consumo de alcohol es una problemática

creciente en la juventud Kichwa que requiere atención de la autoridad sanitaria. Asimismo, la identificación de casos de consumo problemático evidencia la insuficiencia de la institucionalidad occidental, cuyos tratamientos son percibidos como costosos y carentes de un enfoque diferencial que responda a las realidades y necesidades de los pueblos indígenas.

3.14.2 Factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El análisis de los factores de riesgo identificados en la comunidad permite comprender las vulnerabilidades que, según la literatura especializada y los hallazgos de campo, facilitan el inicio y el uso problemático de sustancias psicoactivas. Estas situaciones se manifiestan, en primer lugar, en un nivel estructural caracterizado por la desigualdad económica, la escasa oferta de programas preventivos y una marcada debilidad en la atención institucional de salud mental, factores que se ven agravados por la insuficiencia de espacios recreativos, educativos y comunitarios. Esta precariedad de infraestructura social limita las opciones de desarrollo para los integrantes del pueblo Kichwa en el entorno urbano, configurando un escenario donde la ausencia de garantías básicas se convierte en un detonante de desarmonía.

A partir de las reflexiones generadas en los espacios conversacionales, como el recorrido territorial, el grupo focal y el círculo de la palabra, se evidencia que estas amenazas afectan el equilibrio corporal, mental y espiritual desde la cosmovisión Kichwa. El entorno geográfico y social en Bogotá emerge como un determinante crítico. Según refiere G. Garzón (comunicación personal, 2025), el cambio de contexto entre localidades como Engativá y sectores como Los Mártires, Usme o Ciudad Bolívar es drástico, obligando a las familias a desplazarse para proteger a su descendencia. Al respecto, S. Ascanta (comunicación personal, 2025) señala que la residencia en estos sectores no obedece a una preferencia económica, sino a la proximidad con sus centros de trabajo, lo que expone a las familias a dinámicas territoriales complejas y a una exposición constante al microtráfico y la oferta de sustancias. L. Tuntaquimba (comunicación personal, 2025) refuerza esta idea al afirmar que el entorno urbano actual difícilmente puede considerarse un factor protector, dada la vulnerabilidad generalizada frente a la drogadicción en diversos puntos de la metrópoli.

En el plano sociocultural y personal, el ciclo vital y el género surgen como variables de riesgo significativas. A. Maluche (comunicación personal, 2025) observa una mayor prevalencia de consumo de alcohol en hombres, con edades de inicio que oscilan entre los 13 y 14 años, derivando frecuentemente en problemas de violencia intrafamiliar y abandono de responsabilidades. Esta observación coincide con el enfoque de curso de vida, donde la adolescencia se identifica como un periodo de alta vulnerabilidad debido a la presión de pares y la curiosidad experimental. Sobre esto, K. Nicholls (comunicación personal, 2025) advierte que la influencia del grupo social es determinante en el inicio del consumo, mientras que N. Tuntaquimba (comunicación personal, 2025) asocia el riesgo a la autosuficiencia económica de

los jóvenes trabajadores, quienes al poseer recursos propios acceden con mayor facilidad a sustancias en contextos de ocio.

Las dimensiones territoriales y económicas también desempeñan un rol crítico. La actividad comercial del pueblo Kichwa, centrada en las ventas informales y la ocupación del espacio público, genera una sobreexposición a economías ilícitas. G. Garzón (comunicación personal, 2025) describe esta situación como un riesgo ocupacional elevado. Asimismo, el despojo territorial y la ruptura de prácticas ancestrales protectoras se ven agravados por problemas en el ámbito privado. L. Tuntaquimba (comunicación personal, 2025) explica que la crisis de comunicación familiar y el choque emocional por conflictos internos llevan a los jóvenes a buscar escapatorias en sustancias psicoactivas.

Finalmente, los datos cuantitativos revelan una dicotomía interpretativa: aunque el 60% de los encuestados percibe que el acceso a las sustancias no es sencillo, los recorridos territoriales y la cartografía social en la localidad de Los Mártires contradicen esta percepción, evidenciando una sobreexposición derivada de fenómenos como la habitabilidad en calle. No obstante, existe un consenso del 70% sobre cómo la falta de oportunidades laborales y educativas, sumada a la disfuncionalidad familiar y la debilidad en el tejido comunitario, constituye el riesgo más latente. Estos resultados confirman que el riesgo no es un fenómeno aislado, sino la consecuencia de la interacción entre la marginación geográfica y la interrupción de los códigos culturales que garantizan el equilibrio comunitario.

3.14.3. Factores Protectores asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El análisis de los factores protectores se orienta hacia aquellos elementos presentes en la comunidad y validados por la literatura académica como fundamentales para prevenir el inicio y el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Estas protecciones se manifiestan en dimensiones estructurales, mediante procesos que promueven la toma de decisiones colectivas y el acompañamiento institucional en salud mental, así como en la recuperación de espacios recreativos y culturales. En el ámbito sociocultural, se destacan las prácticas espirituales y ancestrales que fortalecen la identidad y el apoyo mutuo, permitiendo regular de manera comunitaria el acceso a sustancias a través de la medicina propia. A nivel personal y territorial, factores como el vínculo afectivo, la permanencia escolar y la observación de espacios con alto valor simbólico constituyen los pilares de la armonía comunitaria.

A partir de las reflexiones generadas en los espacios conversacionales del proceso, la familia emerge como la red de apoyo social primaria y fundamental. La autoridad indígena E. Tuntaquimba señala que la paz en el hogar y la compañía de su núcleo familiar han sido determinantes para evitar el consumo de alcohol o sustancias, aportando felicidad y tranquilidad (comunicación personal, 2025). Complementando esta visión, Y. Portillo resalta que la madre

Kichwa ejerce un rol de guía y centro del hogar, poseedora de una fuerza vital y espiritual de la tierra que protege a los hijos (comunicación personal, 2025). Estos patrones de crianza no solo fortalecen el vínculo ancestral, sino que preservan los principios del Sumak Kawsay, concepto que Luis Alfonso Tuntaquimba define como el vivir a plenitud en armonía, humildad y amor a través del diálogo (comunicación personal, 2025).

La cultura y el arte propio constituyen otro factor protector de gran relevancia. N. Tuntaquimba refiere que actividades como la música y la danza mantienen a la comunidad, y especialmente a los jóvenes, ocupados en dinámicas colectivas que refuerzan su identidad (comunicación personal, 2025). Esta búsqueda de equilibrio se alinea con lo expuesto en el texto Saberes Interculturales para el Manejo de Desarmonías (Pueblo Indígena Inga, 2022), donde la armonía se entiende como una relación integral entre lo físico, lo mental y el territorio. En este sentido, el cuidado personal se posiciona como el primer eslabón de protección; sabedores como F. Tituaña y D. Ascanta enfatizan que el amor propio y el autocuidado del cuerpo son esenciales para poder proteger y cuidar a los demás (comunicaciones personales, 2025).

El entorno escolar y la educación propia también se consolidan como pilares preventivos. E. Tuntaquimba y X. Garzón destacan que, desde las Casas de Pensamiento, se generan experiencias pedagógicas mediante el juego y el arte para sensibilizar a la infancia sobre los riesgos del consumo (comunicaciones personales, 2025). Estas acciones educativas, sumadas al acompañamiento del Cabildo, ofrecen a la comunidad una guía ante problemas jurídicos o emocionales, funcionando como un espacio de encuentro y cohesión social. Por otro lado, la red social de apoyo se fortalece en la apropiación del territorio; S. Ascanta describe cómo los encuentros deportivos en parques como Plaza España o San Roque mejoran la calidad de vida y fortalecen el tejido social al fomentar la interacción sana entre paisanos (comunicación personal, 2025).

Finalmente, los resultados cuantitativos respaldan plenamente estos hallazgos cualitativos. El 100% de los encuestados identifica a la familia como un soporte emocional fuerte y considera que el fortalecimiento de la identidad cultural es el factor de protección más sólido frente al consumo de sustancias. Asimismo, el 90% de la población reconoce el valor de las actividades deportivas y culturales. Estos datos, contrastados con la cartografía social, reiteran que para el pueblo Kichwa la preservación de su cultura y su organización a través del Cabildo representan los dispositivos más efectivos para mantener la armonía y prevenir problemáticas sociales en el contexto urbano de Bogotá.

3.14.4 Análisis territorial

El ejercicio de cartografía participativa del pueblo Kichwa se desarrolló en la localidad de Los Mártires, específicamente en el barrio La Favorita, UPZ La Sabana (102), teniendo como punto de partida y llegada la Carrera 15 #15-57. El recorrido se sitúa en un entorno urbano central

caracterizado por una alta intensidad de actividades comerciales y una circulación constante de personas, vehículos y transporte público, condiciones que influyen de manera directa en las dinámicas territoriales asociadas a la salud, la convivencia y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Desde la ficha metodológica y el mapa elaborado por la comunidad se describe el territorio como un espacio con contaminación auditiva y visual permanente, derivada principalmente del tráfico vehicular, el comercio continuo y la presencia de actividades informales. A estas condiciones se suman la acumulación de basuras, los malos olores y la ocupación constante del espacio público, lo que afecta la calidad ambiental del sector y genera impactos en la salud respiratoria, mental y emocional de las familias Kichwa, quienes expresan no percibirse completamente seguras en el entorno.

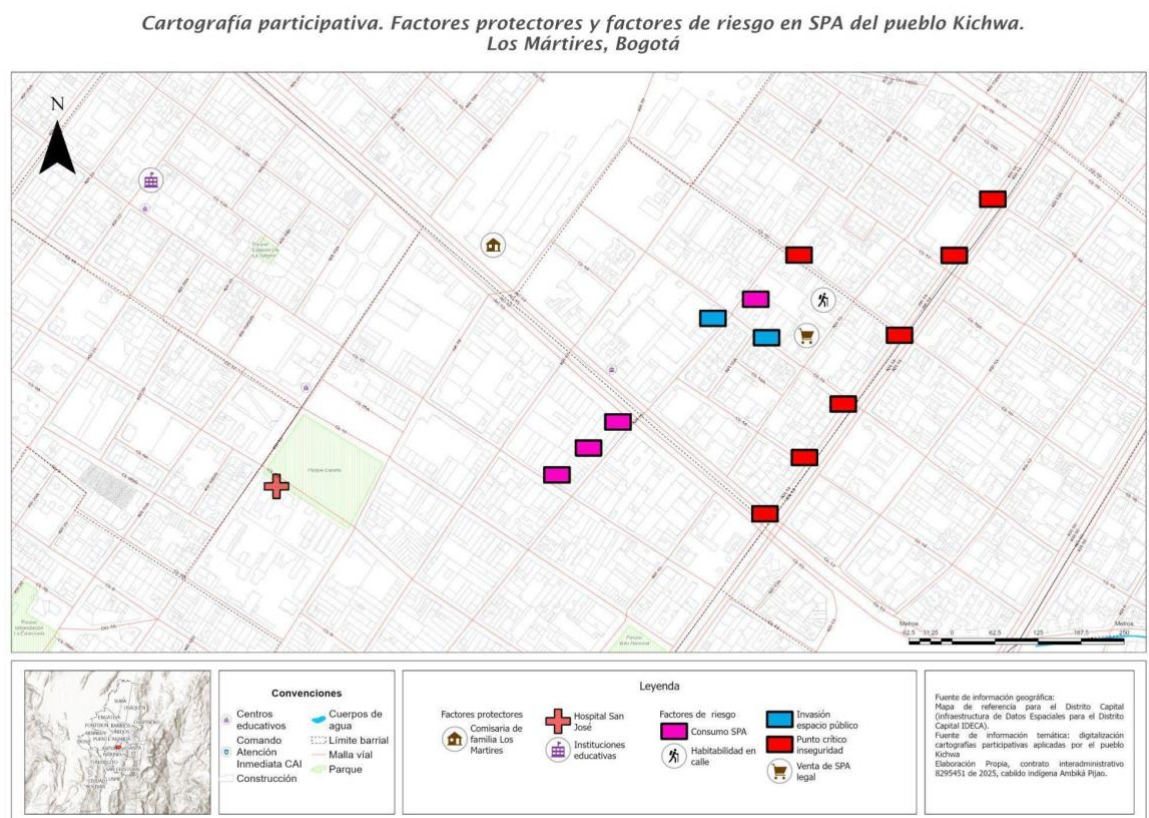
El consumo de SPA, especialmente marihuana y basuco aparece como una realidad cotidiana visible en calles, esquinas y zonas de alta circulación, lo que contribuye a una amplia sensación de inseguridad que no se concentra en un único punto, sino que se presenta de manera difusa y extendida en el territorio, asociada a la dinámica urbana del centro de la ciudad. Esta exposición constante al consumo es señalada como un factor de riesgo que deteriora la convivencia y genera preocupación por la normalización de estas prácticas, particularmente por la cercanía con niños, niñas y jóvenes. Esto es relevante si se tiene en cuenta que la comunidad Kichwa habita principalmente en edificios y viviendas colectivas en la zona, algunos de los cuales están conformados casi en su totalidad por familias del mismo pueblo. Sin embargo, esto también se presenta como un factor protector pues esta configuración residencial permite mantener cercanía comunitaria, redes familiares activas y apoyo mutuo, aún en un contexto urbano complejo. Desde esta lectura territorial, el consumo de SPA se comprende como una problemática situada, vinculada a las condiciones urbanas del sector, y producto de las dinámicas espaciales, sociales y económicas que atraviesan la vida comunitaria.

Por otro lado, en el territorio se reconocen múltiples puntos de referencia urbanos que estructuran la vida cotidiana, entre ellos la Iglesia Capuchina, el sector del Voto Nacional, varios hospitales (San José, Santa Clara, Materno Infantil y Misericordia), así como la comisaría, el CAI y el Hotel Panamá, este último identificado como un lugar de hospedaje frecuente para familias Kichwa que llegan desde Ecuador. Un hallazgo territorial relevante es la relación estrecha entre el lugar de residencia y el lugar de trabajo. La ficha señala que muchas familias Kichwa viven en este sector debido a su cercanía con el centro de la ciudad, donde desarrollan principalmente actividades comerciales, proximidad que facilita la subsistencia económica, pero al mismo tiempo implica habitar un territorio con altos niveles de riesgo social y ambiental, lo que genera tensiones permanentes, especialmente en relación con la crianza y el cuidado de los hijos.

Frente a estas condiciones, la comunidad identifica espacios protectores que contribuyen al bienestar colectivo. Uno de los más relevantes es el jardín infantil Kichwa, descrito como un

lugar donde los niños están más protegidos y cuidados, al tratarse de un entorno seguro, con control de accesos, acompañamiento adulto constante y prácticas educativas con enfoque cultural propio. Asimismo, se resalta la importancia de los espacios deportivos y recreativos, como el Parque Plaza España y el Parque San Roque, donde se realizan campeonatos y encuentros comunitarios de baloncesto y voleibol las cuales son entendidas como actividades estratégicas para fortalecer los vínculos comunitarios, ocupar el tiempo libre y promover el bienestar físico y emocional, especialmente entre jóvenes

Figura 18. *Cartografía Participativa del Pueblo Kichwa: Factores Protectores y Factores de riesgo de SPA.*



Nota. Elaboración propia con base en las Fichas de Sistematización de los Recorridos Territoriales.

La cartografía realizada reúne los factores identificados en una zona que reúne las localidades de Los Mártires y Santa Fe, caracterizadas por la alta densidad urbana, el comercio permanente y la circulación constante. Se identifican puntos de invasión del espacio público, nodos críticos de inseguridad, una zona de tolerancia, puntos de venta de alcohol y presencia de

personas en condición de habitabilidad en calle. Estos elementos configuran una red territorial de riesgo que no se distribuye de manera aislada sino concentrada, especialmente sobre ejes viales principales y corredores de alta actividad comercial. La concentración de puntos de consumo de SPA y venta de licor en proximidad a calles principales evidencia que el riesgo circula a través de los flujos cotidianos de movilidad, afectando trayectos habituales de la comunidad Kichwa lo que implica una exposición constante a dinámicas de consumo, conflicto y alteración del orden público, incrementando el estrés, la sensación de inseguridad y la vulnerabilidad emocional, particularmente para niños, niñas y mujeres que transitan diariamente por estos corredores.

Un elemento particular es la cercanía entre estos nodos de riesgo y equipamientos institucionales como el Hospital San José, el Liceo Nacional Antonia Santos y la Comisaría de Familia que la comunidad identifica en el mapa como puntos de atención y orientación generando una territorialidad, que, por un lado, concentra amenazas asociadas a inseguridad y, por otro, brinda servicios que pueden funcionar como redes de contención frente al riesgo. Sin embargo, la presencia simultánea de puntos críticos alrededor de instituciones educativas y de salud expone a la población a dinámicas que normalizan el consumo en el espacio público y alteran la tranquilidad comunitaria. En este contexto, la salud no se ve afectada únicamente por la presencia de SPA, sino por la interacción constante entre flujos de comercio, inseguridad, institucionalidad y vulnerabilidad social, configurando un territorio donde el cuidado y el riesgo coexisten en tensión permanente para la comunidad Kichwa.

4. Caracterización transversal: articulación conceptual y contraste analítico

El presente apartado articula la información cuantitativa derivada del cuestionario individual con el marco conceptual y los hallazgos cualitativos obtenidos en las matrices de fuentes primarias y secundarias. Más que una descripción aislada de la muestra, este espacio permite situar quiénes participaron en el proceso y establecer un punto de partida para el análisis transversal de las categorías de percepción, factores de riesgo y factores protectores en los Catorce Pueblos Indígenas. En este sentido, la información sociodemográfica no se presenta como un dato neutro, sino como un elemento interpretativo que permite comprender cómo la composición por edad, género y pueblo incide en la lectura posterior de consensos, divergencias y sentidos colectivos frente al uso y abuso de las sustancias psicoactivas.

4.1. Contextualización de Factores desde la revisión de literatura especializada.

En coherencia con el enfoque transversal del capítulo, en la Tabla 1 se presenta una síntesis de los factores de riesgo descritos en la literatura especializada sobre prevención del uso de sustancias psicoactivas. Estos referentes, organizados en niveles individual, familiar, social, comunitario y laboral, permiten comprender el consumo como un fenómeno multidimensional. No obstante, este marco conceptual no se incorpora como una explicación universal del fenómeno en pueblos indígenas, sino como un referente comparativo que orienta el análisis posterior. Su función en este capítulo es contrastar los factores descritos en la literatura con los hallazgos emergentes en las matrices de fuentes primarias y secundarias y con los resultados del cuestionario individual, identificando convergencias, resignificaciones o divergencias en el contexto intercultural urbano.

De esta manera, la inclusión de este marco no pretende trasladar categorías occidentales de manera automática, sino delimitar los ejes analíticos desde los cuales se examinará cómo las categorías de percepción, riesgo y protección adquieren significados propios en los catorce pueblos indígenas.

Tabla 1.

Adaptación factores de riesgo

Tipo de factores	Factores de riesgo
Individuales	Actitudes favorables hacia el consumo; baja percepción del riesgo; déficit en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento; búsqueda de sensaciones y conductas rebeldes; baja autoestima y autoeficacia; escasa tolerancia a la frustración; impulsividad o pensamiento rígido; inicio temprano de comportamientos problemáticos; historia de abuso, trauma o

	malestar emocional no elaborado; factores biológicos o psicológicos heredados; normalización del consumo como forma de afrontamiento.
Familiares	Débil apego familiar; comunicación deficiente o inexistente; conflictos familiares frecuentes; violencia intrafamiliar; pobre supervisión parental de actividades y conductas diarias; disciplina inconsistente o autoritaria; actitudes permisivas o favorables hacia el consumo; inconsistencia en normas y manejo familiar; historia familiar de consumo de sustancias psicoactivas; pobreza o vulnerabilidad económica; negligencia o sobreprotección; ausencia prolongada de figuras de cuidado.
Inter-pares y sociales (escolares)	Relaciones con pares consumidores o antisociales; presión de grupo; rechazo social o vínculos con pares igualmente excluidos; bajo rendimiento académico; bajo apego o sentido de pertenencia escolar; fracaso o abandono escolar; desorganización en la escuela; tipo y tamaño de la institución educativa; bajo cumplimiento o ausencia de políticas escolares frente al consumo de sustancias; comportamientos desafiantes y disruptivos; disponibilidad de sustancias en entornos cercanos a la escuela.
Comunitarios	Escaso apego al entorno comunitario; desorganización social; pobreza y privación económica; desigualdades sociales; normas sociales permisivas frente al consumo; leyes o regulaciones poco efectivas o favorables al uso de sustancias; alta disponibilidad de sustancias psicoactivas; baja percepción social del riesgo; disparidades en el acceso a servicios de salud y apoyo; carencia de vinculación social;

	pérdida de redes de apoyo formales e informales; exclusión, discriminación o estigmatización
Laboral	Entornos laborales inseguros o poco saludables; tensión laboral constante; tareas rutinarias y monótonas; insatisfacción laboral; jornadas laborales extensas; trabajos dependientes de relaciones sociales intensas; largas ausencias del hogar; fatiga laboral; compañeros consumidores; fácil disponibilidad de sustancias en el medio laboral; sentimientos de infravaloración, desgaste o falta de reconocimiento.

Nota. Tabla elaborada y adaptada a partir de referentes teóricos y técnicos en prevención del uso de sustancias psicoactivas, incluyendo los aportes de Becoña (2002), SAMHSA (2009), EMCDDA (2012), Arbex (2013), la Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales – ADES (2013) y la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias (2010), compilados en el Manual de Estrategias de Prevención del Uso de Sustancias Psicoactivas, e integrando criterios derivados de la revisión sistemática exploratoria Factores asociados al uso de sustancias y estrategias de prevención en indígenas y víctimas de la guerra (pp. 87–89), de Castaño-Betancourth, Ortiz, Avendaño-Prieto y Aguilar-Bustamante (2024), que destaca la relevancia de factores de riesgo individuales, familiares, educativos, comunitarios, laborales y contextuales en el análisis del consumo de SPA.

En el marco del presente capítulo, esta síntesis funciona como un referente comparativo que orienta la lectura de los hallazgos construidos por los pueblos indígenas. A partir de este marco, el análisis desarrollado en los siguientes apartados permitirá identificar cuáles de estos factores encuentran correspondencia en las percepciones propias, cuáles se resignifican desde las cosmovisiones indígenas y cuáles pierden centralidad al ser interpretados desde contextos territoriales y culturales específicos. De esta manera, la literatura especializada no se asume como explicación cerrada del fenómeno, sino como punto de partida para la triangulación con las matrices de fuentes primarias, secundarias y los resultados del cuestionario individual.

En la Tabla 2, se relaciona una síntesis de los factores de riesgo asociados al uso de sustancias en población indígena, elaborada a partir de la revisión sistemática realizada por Castaño-Betancourth et al. (2024), así como de otras referencias especializadas que se encuentran en la nota de la tabla. Al igual que en la Tabla 1, esta sistematización busca resaltar los factores de riesgo específicos para la población indígena.

En esta tabla se sistematizan los factores de riesgo pertinentes para el análisis del consumo de sustancias psicoactivas en población indígena, incorporando dimensiones históricas,

culturales, familiares, comunitarias y territoriales que atraviesan las trayectorias de vida de los pueblos en contexto urbano. A diferencia de la tabla anterior, que presenta un marco general desde la literatura en prevención, esta sistematización se constituye en una herramienta operativa para el análisis del proceso de caracterización desarrollado con los 14 pueblos indígenas. Estos factores no se incluyen como referentes teóricos aislados, sino como categorías de contraste para la triangulación de la información recogida a través de los métodos utilizados.

En este sentido, los factores aquí descritos permiten analizar:

- **Cómo se expresan los riesgos en las narrativas propias de los pueblos** (por ejemplo, desarraigo, pérdida de lengua, presión urbana, debilitamiento de autoridad tradicional).
- **Cómo dialogan estos riesgos con las percepciones culturales sobre las SPA**, especialmente en la distinción entre medicina propia y sustancias externas.
- **Cómo se tensionan o compensan mediante factores protectores comunitarios**, como la espiritualidad, el consejo de mayores, la minga, los espacios propios o la vida colectiva.

De esta manera, la tabla orienta la lectura analítica posterior, permitiendo identificar si los riesgos descritos en la literatura se mantienen, se transforman o adquieren nuevos sentidos cuando se analizan desde la voz y experiencia concreta de los pueblos indígenas en Bogotá.

Tabla 2.

Factores de riesgo en población indígena

Tipo de factores	Factores de riesgo
Individual	● Trauma temprano, histórico e intergeneracional (exposición repetida a violencia, guerra, despojo, duelo no elaborado) que afecta la regulación emocional y favorece el consumo como forma de afrontamiento. ● Experiencias adversas en la infancia (abuso físico, sexual o emocional, negligencia, abandono, violencia intrafamiliar) y sufrimiento psíquico asociado. ● Baja autoestima y baja autoeficacia, percepción de poca valía personal, sentimientos de incapacidad para afrontar problemas. ● Déficits en habilidades de afrontamiento y habilidades sociales, impulsividad, dificultades en toma de

	decisiones, escasa evaluación de riesgos, aburrimiento, pobre manejo de emociones. ● Exposición prenatal y temprana al alcohol y otras sustancias, consumo previo e inicio temprano del uso. ● Desconocimiento de las sustancias y sus efectos, percepción de inocuidad del consumo y expectativas positivas de beneficio. ● Desconexión cultural e identidad debilitada (desconocimiento de raíces, tradiciones y creencias propias, bajo interés en la cultura indígena, identidad cultural inadecuada, poca esperanza en el futuro). ● Trastornos psicológicos concurrentes (ansiedad, depresión, trastornos de personalidad), ira, angustia y sufrimiento emocional crónico. ● Bajo nivel educativo y trayectorias académicas truncadas, expectativas de futuro limitadas.
Familiar	● Violencia intrafamiliar, abuso, negligencia, relaciones familiares inadecuadas, presencia de cuidadores con consumo problemático o trastornos mentales. ● Falta de apoyo familiar, escasa cohesión y comunicación, supervisión parental insuficiente, estilos de crianza inconsistentes. ● Uso de sustancias dentro del núcleo familiar, actitudes permisivas y ofrecimiento de sustancias por parte de familiares, pérdida del hogar, cambios de roles, vivir sin padres.

Inter - pares / sociales	● Pares consumidores y presión de grupo, actitudes favorables al consumo dentro del grupo, vínculos con pares antisociales o involucrados en conductas de riesgo. ● Relaciones sociales conflictivas, rechazo y agrupamiento con otros jóvenes también rechazados.
Escolares	● Poca asistencia, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, débil sentido de pertenencia a la escuela. ● Entornos escolares con conductas antisociales y disponibilidad de sustancias dentro o cerca del centro educativo.
Comunitarios / socioculturales	● Trauma histórico, desconexión cultural, colonización, opresión y pérdida cultural, ruptura en la transmisión intergeneracional de saberes, cambios forzados en los modos de vida ● Desplazamiento forzado, desarraigo territorial, migración a contextos urbanos y estrés de asentamiento, cambios en roles familiares y comunitarios ● Exposición a violencia comunitaria y múltiples formas de victimización, incluyendo violencia política, comunitaria, de pareja y en el noviazgo. ● Pobreza, privación económica y social, falta de oportunidades educativas y laborales, alta disponibilidad de sustancias en la comunidad. ● Estigma, discriminación y racismo, desconfianza hacia instituciones

	externas y barreras de acceso a servicios de salud y prevención. • Redes comunitarias débiles, desorganización comunitaria, escaso apego al entorno, falta de espacios recreativos y culturales

Nota. La presente tabla fue elaborada a partir de la revisión sistemática realizada por Castaño-Betancourth, Ortiz, Avendaño-Prieto y Aguilar-Bustamante (2024), así como de las referencias secundarias y citas incluidas en dicho artículo. La síntesis integra y parafrasea factores de riesgo y protección reportados en estudios previos sobre población indígena, entre ellos los trabajos de Walls et al. (2013, 2014), Brown et al. (2023), Kulis et al. (2013, 2016), Snijder et al. (2018, 2020, 2021), Okamoto et al. (2016), Momper (2011), Horyniak et al. (2016), Gómez-Restrepo et al. (2016), Akins et al. (2003), Baydala et al. (2014), Baldwin et al. (2021), entre otros. La tabla constituye una integración analítica de todos los factores mencionados explícitamente en el documento base y sus estudios referenciados, con el propósito de ofrecer un panorama completo de los determinantes del consumo de sustancias en población indígena.

En articulación con el proceso de caracterización desarrollado con los catorce pueblos indígenas, estos factores permiten comprender que el riesgo no se configura exclusivamente desde dimensiones individuales, sino que emerge de la interacción entre condiciones estructurales urbanas, procesos históricos de despojo y transformaciones en las dinámicas comunitarias. El análisis posterior del capítulo examinará cómo estos factores se expresan en cada pueblo desde sus propias narrativas, identificando convergencias, tensiones y matices frente a las categorías de percepción, riesgo y protección.

En la Tabla 3, se sistematizan los principales factores protectores asociados al uso de sustancias psicoactivas en población general, a partir de referentes teóricos y técnicos ampliamente utilizados en el campo de la prevención. Esta adaptación integradora no se incorpora únicamente como marco conceptual, sino como herramienta analítica que orienta la lectura de los hallazgos construidos con los pueblos indígenas.

En el marco del Componente 6, estos factores funcionan como categorías de contraste que permiten identificar cómo las comunidades indígenas reconocen, resignifican o amplían dichos elementos desde sus propias comprensiones culturales, espirituales y territoriales. De esta manera, la tabla no constituye un listado aislado de factores, sino un referente que dialoga con las tres categorías centrales del capítulo, percepciones, factores de riesgo y factores de protección y con la información recolectada a través de entrevistas, matrices y cuestionarios individuales.

Tabla 3.

Adaptación factores protectores del uso de sustancias psicoactivas en población general

Tipo de factores	Factores de protección
Individuales	Habilidades sociales y de afrontamiento adecuadas; percepción realista del riesgo; autoestima y autoeficacia fortalecidas; empatía, optimismo y resiliencia; pensamiento flexible; reconocimiento y regulación emocional; manejo adecuado de la frustración; establecimiento de metas y aspiraciones personales; valores prosociales y sentido de propósito; capacidad de toma de decisiones informadas.
Familiares	Cohesión familiar y apego afectivo; comunicación abierta, asertiva y respetuosa al interior de la familia; establecimiento de normas claras y consistentes; supervisión parental positiva de actividades y conductas cotidianas; participación conjunta en actividades familiares; reconocimiento de logros; expectativas parentales realistas y positivas hacia el futuro; posición clara y explícita frente al consumo de sustancias psicoactivas; sentido de confianza, apoyo y contención emocional.
Inter-pares y sociales (escolares)	Amistades prosociales y no consumidoras; resistencia a la presión de pares; participación en actividades deportivas, culturales, artísticas o religiosas; buen rendimiento y compromiso académico; oportunidades para la implicación en la escuela; políticas institucionales claras frente al consumo de sustancias psicoactivas; normas escolares consistentes; reconocimiento del esfuerzo y los logros; apoyo emocional y académico por parte de docentes; espacios de participación familia–

	escuela; clima institucional positivo y protector.
Comunitarios	Redes comunitarias activas; normas, creencias y expectativas sociales protectoras; valores culturales positivos; sistemas de apoyo social externos positivos; acceso a recursos formales e informales de apoyo; oportunidades para la implicación comunitaria y participación ciudadana; acceso a espacios recreativos, culturales y deportivos; integración y sentido de pertenencia comunitario; baja disponibilidad y fácil acceso a sustancias; apoyo comunitario a las familias.
Laboral	Entorno laboral seguro y saludable; claridad frente a la política de consumo de sustancias psicoactivas en el entorno laboral; comunicación fluida y respetuosa dentro de la organización; satisfacción con roles y funciones laborales; autoeficacia laboral; condiciones laborales dignas; apoyo institucional; equilibrio entre demandas laborales y bienestar; promoción de prácticas organizacionales protectoras de la salud mental.

Nota. Tabla elaborada y adaptada a partir de referentes teóricos y técnicos en prevención del uso de sustancias psicoactivas, incluyendo los aportes de Becoña (2002), SAMHSA (2009), EMCDDA (2012), Arbex (2013), la Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales – ADES (2013) y la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias (2010), compilados en el Manual de Estrategias de Prevención del Uso de Sustancias Psicoactivas, e integrando criterios derivados de la revisión sistemática exploratoria Factores asociados al uso de sustancias y estrategias de prevención en indígenas y víctimas de la guerra (pp. 87–89), de Castaño-Betancourth, Ortiz, Avendaño-Prieto y Aguilar-Bustamante (2024), publicada en Health and Addictions / Salud y Drogas, que resalta la relevancia de factores protectores individuales, familiares, educativos, comunitarios y contextuales en la prevención del consumo de SPA.

Desde esta perspectiva, los factores protectores identificados en la literatura permiten comprender que la prevención del uso problemático de sustancias no depende exclusivamente de

intervenciones individuales, sino del fortalecimiento articulado de dimensiones personales, familiares, escolares, comunitarias y laborales. No obstante, en el caso de los pueblos indígenas residentes en Bogotá, estos factores adquieren matices específicos que serán analizados en los apartados siguientes. Por ejemplo, elementos como la cohesión familiar, la regulación emocional o la participación comunitaria no se limitan a categorías psicosociales, sino que se integran a sistemas propios de cuidado, espiritualidad y vida colectiva.

En consecuencia, el análisis posterior no se orientará a verificar mecánicamente la presencia de estos factores, sino a examinar cómo se configuran en los relatos, prácticas y territorialidades descritas por los pueblos, y cómo operan como mecanismos reales de protección frente a contextos urbanos de riesgo. En conjunto, estos factores protectores permiten comprender cómo, desde la literatura especializada en prevención, la reducción del riesgo frente al consumo de sustancias se asocia al fortalecimiento de habilidades individuales, vínculos familiares consistentes, entornos escolares estructurados y redes sociales prosociales. Sin embargo, este marco responde a un enfoque general de prevención y constituye un referente analítico inicial. En el caso de los pueblos indígenas, estos factores adquieren sentidos particulares que no pueden leerse únicamente desde la lógica individual o institucional, sino que requieren una interpretación situada, articulada a la identidad cultural, la espiritualidad y las formas propias de organización comunitaria, aspecto que se desarrolla en la Tabla 4.

Tabla 4.

Factores de protección del uso de sustancias en población indígena

Tipo de factores	Factores de protección
Individual	● Autoestima y autoeficacia fortalecidas (sensación de capacidad personal para afrontar dificultades). ● Percepción realista del riesgo y conocimiento de las consecuencias del consumo, incluyendo reconocimiento del trauma y la adversidad como disparadores. ● Habilidades sociales y de resistencia a la presión de pares, pensamiento divergente (capacidad de considerar alternativas al consumo). ● Bienestar psicológico vinculado a prácticas tradicionales, espiritualidad, conexión con valores culturales y con la naturaleza.

	● Orgullo étnico, identidad cultural positiva, compromiso con la cultura y optimismo.
Familiar	● Apoyo afectivo y material de padres y otros familiares, monitoreo adecuado y límites claros, comunicación abierta y relaciones positivas. ● Supervisión parental de actividades escolares y acompañamiento cotidiano, vivir con los padres.
Inter - pares / sociales	● Afiliación con pares prosociales, redes de amistad no consumidoras, uso prosocial del tiempo libre. ● Resistencia grupal al consumo, normas de pares contrarias al uso, apoyo entre jóvenes para no consumir.
Escolares	● Éxito escolar, buen rendimiento, conexión con la escuela y compañeros prosociales, apoyo de docentes. ● Planes de estudio y programas educativos adaptados culturalmente, escuela que integra lengua, historia y saberes propios.
Comunitarios / socioculturales	● Redes de apoyo comunitario sólidas, existencia de normas comunitarias protectoras, participación en actividades colectivas (deportivas, culturales, espirituales) ● Presencia activa de mayores, sabedores y líderes comunitarios como modelos de vida sin consumo, espacios de diálogo intergeneracional sobre riesgos.

	● Ceremonias, rituales, prácticas ancestrales y conexión con el territorio y la naturaleza como ejes de cohesión y regulación emocional. ● Programas e intervenciones culturalmente fundamentadas y co-diseñadas con la comunidad (CBPR), como círculos de palabra, currículos adaptados, videojuegos educativos, entrevistas motivacionales culturalmente adaptadas.

Nota. La presente tabla fue elaborada a partir de la revisión sistemática realizada por Castaño-Betancourth, Ortiz, Avendaño-Prieto y Aguilar-Bustamante (2024), así como de las referencias secundarias y citas incluidas en dicho artículo. La síntesis integra y parafrasea factores de riesgo y protección reportados en estudios previos sobre población indígena, entre ellos los trabajos de Walls et al. (2013, 2014), Brown et al. (2023), Kulis et al. (2013, 2016), Snijder et al. (2018, 2020, 2021), Okamoto et al. (2016), Momper (2011), Horyniak et al. (2016), Gómez-Restrepo et al. (2016), Akins et al. (2003), Baydala et al. (2014), Baldwin et al. (2021), entre otros. La tabla constituye una integración analítica de todos los factores mencionados explícitamente en el documento base y sus estudios referenciados, con el propósito de ofrecer un panorama completo de los determinantes del consumo de sustancias en población indígena.

Las Tablas construidas con base en la literatura especializada, permite organizar los factores de riesgo y protección en distintos niveles, sin embargo, al ponerlas en diálogo con las voces de los pueblos, estos niveles dejan de ser categorías abstractas y se revelan como experiencias encarnadas en procesos históricos y urbanos concretos.

Así, cuando la comunidad manifiesta factores como el siguiente: *“pienso de que puede llevar digamos como al consumo del SPA, puede ser como esa falta de acompañamiento quizás de familiar, quizás también el entorno social de amigos también puede llevarte como esa esa soledad de la ciudad, en esa depresión los problemas económicos que en veces pues una persona llega a frustrarse digamos que por esas situaciones, pues también cuando no hay como ese diálogo muy constante quizá tiene la familia desde la comunidad donde los mayores quizás pueda pasar eso”* (E.A. Ismare, 2025, Matriz Eperara); no se está señalando únicamente un factor individual como la depresión o la frustración, sino la ruptura simultánea del acompañamiento familiar, del consejo de los mayores y del sostén comunitario, dimensiones que en las tablas aparecen separadas pero que en la experiencia se viven como un mismo quiebre.

Esta lectura se profundiza cuando se afirma que *“el desplazamiento de territorio a ciudades, puede generar el consumo de estas sustancias, por problemas personales, según el contexto en el que viva”* (Anónimo, 2025, Matriz Kametsa) y que *“La mayoría de familias*

Uitotos que viven en el polígono son víctimas del conflicto, han sufrido desplazamientos... la mayoría son víctimas del conflicto.” (C. Sáenz, 2025, Matriz Uitoto), evidenciando que el riesgo no se explica solo por decisiones individuales, sino por trayectorias marcadas por conflicto armado, migración forzada y reconfiguración de la vida en entornos urbanos que tensionan la identidad y el sentido de pertenencia.

De igual manera, cuando se señala que *“todo este conjunto, tanto la ausencia, el desconocimiento, la salud mental, el desapego a nuestros valores y principios culturales y familiares, nos lleva a la ausencia de un criterio propio para tomar una decisión”* (N. Mueses, 2025, Matriz Pastos), se advierte que la vulnerabilidad se relaciona con una fractura en la transmisión cultural y en la formación del juicio propio, es decir, con la pérdida de marcos normativos comunitarios que orientaban la toma de decisiones.

En el plano escolar y juvenil, lo descrito como disponibilidad y presión de pares en la literatura se concreta cuando se afirma que *“desde los colegios se ve mucho consumo de sustancias y empiezan a traerlos de pronto dándoles pruebas gratis para que ellos vayan iniciando en ese mundo... entonces los chicos se van quedando en estos consumos... muchas veces en la gran mayoría de los casos en los colegios no hay como charlas... y también desde la casa porque también a veces los papás piensan que es mejor el guardar, el callar y el no instruirlos en esto”* (Orozco, 2025, Matriz Muisca de Bosa), mostrando cómo la desinformación y el silencio intergeneracional amplifican el riesgo. A esto se suma la reflexión juvenil: *“... los jóvenes estamos en una dinámica de la fiesta, la rumba, la salida... uno desconoce también muchas cosas... uno esa madurez para medir consecuencias... está uno más propenso, está uno experimentando la vida, hay amigos, hay situaciones, curiosidad que pueden aumentar ese riesgo de consumo”* (Conversación Personal. F. Elago. Matriz Nasa), que conecta con los factores de experimentación temprana y búsqueda de sensaciones, pero situados en una experiencia concreta de tránsito a la juventud en contexto urbano.

Junto a los escenarios de vulnerabilidad descritos, las narrativas evidencian que los factores protectores identificados en la literatura adquieren en los pueblos indígenas una dimensión profundamente relacional, espiritual y territorial. Cuando se afirma que *“Todo lo de la medicina ancestral... el uso de la palabra, el cuidado del cuerpo y del espíritu... los rituales de armonización... plantas para tratar esos vicios... también se necesita el apoyo familiar y de la comunidad.”* (M. Narvaez, 2025, Matriz Pastos), se observa que la protección no se reduce a habilidades individuales, sino que se activa en prácticas culturales que articulan cuerpo, espíritu, familia y comunidad como un sistema integral de regulación. En la misma línea, la idea de que *“hemos llamado la ruta del conflicto desde dónde viene esa enfermedad pero también de dónde viene esa prevención y la prevención es mirar esas medicinas o tratamientos que se hacen desde la parte espiritual pero también con nuestras plantas y nuestra medicina nuestro consejo sí me consuela espiritualidad el aconsejar el cuidar y cuidar”* (R. Neuta, 2025, Matriz Muisca de

Bosa) permite interpretar que la prevención no es únicamente anticipación del riesgo, sino reconstrucción de sentido frente a las heridas históricas.

Asimismo, cuando se señala que *“Estos espacios de palabra sirven para abrir los ojos y darnos cuenta de lo que está pasando.”* (D. Yara, 2025, Matriz Pijao), la palabra aparece como dispositivo comunitario de conciencia colectiva y regulación social, equivalente a lo que la literatura denomina redes de apoyo, pero con un anclaje cultural propio. Esta dimensión se amplía al afirmar que *“Haciendo diferentes rituales, diferentes actividades culturales... se hace la organización tanto física... como a nivel personal... los médicos, los sabedores... potencializan... reafirma la cultura... y eso hace que los jóvenes encuentren como un espacio... donde puedan seguir forjando la pervivencia cultural.”* (M. Mira, 2025, Matriz Pijao), evidenciando que la protección se construye también como reafirmación identitaria y proyección de futuro.

Incluso experiencias territoriales como que *“En la zona de comercio informal de Tocaimita en Usme, organizaban jornadas culturales con música tradicional brindando apoyo a familias vulnerables.”* (Tatiana Estupiñán, Relatoría territorial, 2025, Matriz Yanacóna) muestran cómo la acción colectiva en contexto urbano reactiva redes solidarias y sentido de pertenencia. Finalmente, las reflexiones sobre la pérdida de la *“ley de origen”* y de la *macrofamilia* *“Porque antes... teníamos un entorno territorial muy ameno... la pérdida de los principios de la ley de origen...”* (Tunjo, 2025, Matriz Muisca de Bosa) y *“la pérdida de la unidad territorial que desembocó en la pérdida de la unidad familiar... hoy no hay macrofamilias que se permitan esa red de cuidado...”* (Neuta, 2025, Matriz Muisca de Bosa), no solo describen un debilitamiento, sino que permiten inferir que la recuperación de esos principios y redes constituye en sí misma un eje protector. En conjunto, estas voces muestran que, en el contexto indígena urbano, la protección frente al consumo se configura como fortalecimiento del tejido comunitario, revitalización cultural y activación de sistemas propios de cuidado que trascienden el enfoque individualista de la prevención convencional.

Así mismo, la articulación entre las narrativas comunitarias y los niveles analíticos organizados en las tablas permite comprender que los factores de riesgo y protección no operan como variables independientes, sino como configuraciones relacionales que se fortalecen o se debilitan según el estado del tejido territorial, familiar y cultural. Lo que en la sistematización aparece distribuido en dimensiones individuales, familiares, escolares y comunitarias, en la experiencia de los pueblos se manifiesta como una trama interdependiente donde el desplazamiento, la pérdida de la unidad territorial, la fragmentación de la macro-familia y el debilitamiento de la ley de origen inciden simultáneamente en la regulación emocional, la toma de decisiones y el sentido de pertenencia. A su vez, los factores protectores identificados en la literatura adquieren en el contexto indígena urbano una profundidad distinta al estar anclados en la medicina ancestral, la palabra, la espiritualidad y la autoridad de los mayores, configurando

sistemas propios de cuidado que trascienden el enfoque individual de la prevención convencional.

La recurrencia de estas categorías en las voces de los distintos pueblos evidencia que no se trata de experiencias aisladas, sino de patrones compartidos que atraviesan a los catorce pueblos indígenas en Bogotá, configurando comunales en las formas en que se vive el riesgo y se activa la protección en el contexto urbano. Las citas aquí incorporadas constituyen fragmentos ilustrativos de un corpus más amplio de entrevistas, matrices y relatorías analizadas, seleccionadas por su capacidad de condensar tendencias reiteradas en el proceso de caracterización. De esta manera, las tablas no funcionan como listados cerrados, sino como ejes de lectura que permiten identificar convergencias estructurales y culturales en un escenario intercultural urbano común, donde el fenómeno del consumo se inscribe en transformaciones históricas y comunitarias más amplias.

En este sentido, los factores protectores en población indígena deben leerse como configuraciones relacionales que se activan en la medida en que el tejido comunitario, la autoridad tradicional, la práctica espiritual y la identidad cultural se mantienen vigentes en el contexto urbano. Para el Componente 6, esta comprensión resulta clave, ya que permite interpretar los resultados de los cuestionarios individuales, las matrices de fuentes primarias y secundarias y los recorridos territoriales no desde una lógica fragmentada, sino como expresiones de sistemas colectivos de regulación y cuidado. Así, el análisis posterior no se limitará a identificar “presencia o ausencia” de factores, sino a comprender cómo se fortalecen, se debilitan o se tensionan estos entramados protectores en las realidades específicas de los 14 pueblos indígenas.

4.2. Información sociodemográfica y lectura contextual de la muestra

Como parte del análisis transversal, se presenta a continuación una caracterización sociodemográfica de las personas participantes en el diligenciamiento del cuestionario individual. Esta información no se limita a una descripción estadística, sino que cumple una función interpretativa clave, en tanto permite comprender desde qué perfiles poblacionales (edad, género y pertenencia comunitaria) se configuran las percepciones, factores de riesgo y factores de protección analizados en el capítulo.

El instrumento aplicado recoge información sociodemográfica básica y organiza 31 ítems en escala tipo Likert de 4 puntos (1 = en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = muy de acuerdo) distribuidos en tres bloques: percepciones propias sobre las SPA (11 ítems), factores de riesgo (10 ítems) y factores protectores (10 ítems). En total participaron 155 personas, con una distribución diversa por pueblo, género y rango etario.

La lectura de esta composición no es neutra: condiciona la interpretación de los hallazgos. La representación diferenciada por género y edad puede incidir en la identificación de riesgos, en la valoración de prácticas protectoras y en la forma en que se comprenden las dinámicas comunitarias asociadas al consumo.

En este sentido, las Tablas 5, 6 y 7 no solo contextualizan la muestra, sino que establecen las bases interpretativas necesarias para la triangulación posterior con los resultados cuantitativos desarrollados en el anexo y con los análisis cualitativos presentados por cada pueblo.

Tabla 5.

Distribución por pueblo y género - Mapa de calor

Equipo Indígena	Hombre	Mujer	Total
1. Muisca de Bosa	8	6	14
2. Muysca de Suba	7	2	9
3. Inga	2	6	8
4. Pijao	4	8	12
5. Kichwa	8	2	10
6. Uitoto	6	4	10
7. Nasa	6	7	13
8. Misak	3	7	10
9. Yanacóna	3	8	11
10. Los Pastos	4	11	15
11. Eperãã Siapidaara	5	3	8
12. Kamëntsá	5	7	12
13. Tubü Hummürimassa	3	9	12
14. Wounaan Nonam	6	5	11

La información de la Tabla consolida la participación de los 14 pueblos y muestra, en términos generales, una mayor presencia de mujeres en la muestra (85) frente a hombres (70),

7.	Nasa								3
8.	Misak								0
9.	Yanacona								1
10.	Los Pastos								5
11.	Eperãrã Siapidaara								
12.	Kamëntsá								2
13.	Tubü Hummürimass a								2
14.	Wounaan Nonam								1

En la distribución por rangos de edad se observa que, de manera global, la participación se concentra principalmente entre 26–35, 36–45 y 46–55, aunque cada pueblo presenta matices internos. Muisca de Bosa concentra su participación entre 26–55 (4 en 26–35, 4 en 36–45 y 5 en 46–55), con presencia adicional en 56–65 (1). Muysca de Suba es el pueblo con mayor registro en 14–17 (4), con presencia puntual en 18–25 (1), 26–35 (1), 46–55 (2) y 56–65 (1). Inga se distribuye desde 18–25 (1) hasta 66+ (1), con mayor concentración en 46–55 (3) y 26–35 (2).

La Comunidad Indígena Ambiká Pijao presenta un patrón amplio y diverso, con concentración en 26–35 (4) y 46–55 (3), además de presencia en 56–65 (1) y 66+ (2). Kichwa se concentra en edades mayores (46–55 = 3; 56–65 = 2; 66+ = 2) y registra 2 casos sin dato de edad, particularidad que explica la presencia de “sin dato” en el consolidado. Uitoto muestra un perfil distribuido entre 18–65, con presencia en 18–25 (2), 36–45 (3) y valores similares en 46–55 (2)

y 56–65 (2). Nasa presenta una concentración clara en 36–45 (6), con participación adicional en 26–35 (3) y presencia en 46–55 (1) y 56–65 (2). Misak se concentra especialmente en 26–35 (5), con presencia en 46–55 (2) y un caso en 66+ (1). Yanacona combina presencia en adolescencia (14–17 = 1) con concentraciones en 26–35 (4) y 36–45 (4). Los Pastos, se caracteriza por una alta participación en 18–25 (5) y 26–35 (7), con menor presencia en 36–45 (2) y 56–65 (1). Eperara–Siapidara se ubica principalmente entre 18–25 (1), 26–35 (3) y 36–45 (3), con presencia en 56–65 (1). Kamëntsá concentra su participación en 26–35 (6) y muestra presencia relevante en 56–65 (3) y 66+ (1). Tubu se distribuye entre 26–45 (4 y 4) y mantiene presencia en 46–55 (2), 56–65 (1) y 66+ (1). Finalmente, Wounaan Nonam presenta un perfil amplio con concentración en 18–25 (4) y presencia en 26–35 (2), 56–65 (2) y 66+ (1). En conjunto, la tabla permite ubicar que la muestra combina mayoritariamente participación adulta joven y adulta, con presencia menor en adolescencia y en 66+, y con un número muy reducido de registros sin datos.

Tabla 7.

Distribución general por rango de edad y género

Rango edad	Hombre	Mujer	Total
14-17	4	1	5
18-25	10	9	19
26-35	13	33	46
36-45	15	16	31
46-55	13	12	25
56-65	8	10	18
+66	6	3	9
Sin dato	1	1	2
Total	70	88	155

la participación agrupada como comunero/a (71), seguida por autoridad (26), sabedor/a (22) y líder (19). En menor proporción aparecen partera (4) y médico ancestral (4), mientras que roles puntuales se registran de forma aislada (concejo de jóvenes = 3; delegada = 1; fiscal = 1; gestor = 1; mayora = 1; técnico gestor salud = 1; aprendiz = 1). Esto permite ubicar que la muestra combina principalmente participación comunitaria general, participación de autoridades y liderazgos, y una presencia relevante de roles asociados al conocimiento tradicional (sabedores/as), con algunas funciones específicas concentradas en pocos casos. Al mirar pueblo por pueblo, se observan perfiles de participación diferenciados por la composición de roles. En Yanacona, la participación se concentra completamente en comunero/a (11).

En los Pastos, también predomina comunero/a (12), complementado por sabedor/a (2) y autoridad (1). En Kamëntsá, destaca una alta presencia de sabedor/a (10) junto con autoridad (2), lo que configura una participación fuertemente anclada en ese rol. En Muisca de Bosa, la muestra se distribuye principalmente en autoridad (6), con presencia importante de partera (4) y médico ancestral (2), además de sabedor/a (1) y líder (1), reflejando una participación concentrada en roles de orientación y cuidado. En Muysca de Suba, predomina comunero/a (6), acompañado por sabedor/a (2) y concejo de jóvenes (1). En Inga, la participación se concentra en autoridad (3) y se complementa con médico ancestral (2), además de comunero/a (1), sabedor/a (1) y técnico gestor salud (1).

En la Comunidad Indígena Ambiká Pijao, predomina comunero/a (9), con presencia de autoridad (1), concejo de jóvenes (1) y fiscal (1). En Kichwa, sobresale la participación agrupada como líder (5) junto con autoridad (4) y comunero/a (1). En Uitoto, el peso está en comunero/a (8) con presencia adicional de líder (2). En Nasa, se observa un reparto entre autoridad (5) y comunero/a (5), junto con líder (2) y un caso de delegada (1). En Misak, la participación se compone de comunero/a (5), líder (3), con presencia puntual de autoridad (1) y concejo de jóvenes (1). En Eperãrã Siapidaara, la participación se concentra en líder (4) y se complementa con sabedor/a (2), autoridad (1) y gestor (1). En Tubu, predominan comunero/a (7) y sabedor/a (4), con un caso de aprendiz (1). Finalmente, en Wounaan Nonam Nonam, la muestra se distribuye principalmente entre comunero/a (6) y autoridad (2), con presencia de líder (2) y un caso de mayoría (1).

En conjunto, la tabla muestra una composición diversa de roles auto-reportados entre los 14 pueblos: en algunos casos predomina la participación agrupada como comunero/a, en otros se observa mayor presencia de autoridades y liderazgos, y en otros destaca la participación de sabedores/as. Esta distribución no se plantea como un rasgo comparativo entre pueblos, sino como un marco descriptivo que ayuda a ubicar desde qué posiciones comunitarias se respondieron los cuestionarios y a contextualizar la lectura de los resultados que se presentan en el anexo análisis cuantitativo de los cuestionarios individuales.

En conjunto, la caracterización realizada en este apartado evidencia que la participación en el diligenciamiento de los cuestionarios individuales no es homogénea en términos de género,

rangos de edad ni roles comunitarios, tanto entre pueblos como al interior de cada uno. Se observa una mayor participación de personas adultas jóvenes y adultas, con presencia diferenciada de mujeres y hombres según rangos etarios, así como una diversidad de posiciones comunitarias que van desde comuneros y autoridades hasta sabedores, líderes y otros roles específicos. Esta heterogeneidad no constituye una limitación del proceso, sino que amplía el espectro de voces y experiencias desde las cuales se construye la información, permitiendo recoger una pluralidad de sentires, trayectorias y lugares de enunciación en torno a las categorías.

De manera específica, la distribución por género permite identificar una participación femenina ligeramente superior, particularmente concentrada en los rangos de edad correspondientes a la adultez joven y media, lo cual sugiere una presencia activa de las mujeres en los procesos de reflexión y producción de información comunitaria. Esta participación se articula con la ocupación de roles vinculados al cuidado, la transmisión de saberes, la gestión comunitaria y el ejercicio de autoridades tradicionales, evidenciando el lugar central que ocupan las mujeres en la sostenibilidad del tejido social y cultural como representa la siguiente cita *“mujeres participan en jornadas para elaborar artesanías colectivas mientras conversan sobre formas de protección comunitaria”* (Comunera, Pueblo Yanacona, Matriz anexo componente 6). En este sentido, la información cuantitativa sobre la mayor presencia femenina en los espacios de participación se ve respaldada por el testimonio cualitativo, que evidencia cómo dichas participaciones no se limitan a actividades productivas, sino que constituyen escenarios de diálogo, organización y fortalecimiento de estrategias de protección colectiva, confirmando el rol protagónico de las mujeres en la articulación entre prácticas culturales y dinámicas de cuidado comunitario. Por su parte, la participación masculina, aunque numéricamente menor, se expresa de manera relevante en roles asociados a la representación comunitaria general, funciones técnicas y posiciones de articulación colectiva, lo que refleja dinámicas de corresponsabilidad y complementariedad en la organización social de los pueblos.

En relación con los rangos de edad, se observa que la mayor concentración de participantes se ubica entre los 26 y los 45 años, etapa del ciclo vital caracterizada por una alta vinculación con las responsabilidades familiares, comunitarias y organizativas. Este grupo etario emerge como un nodo articulador entre generaciones, en tanto conjuga experiencia acumulada y capacidad de agencia en los procesos colectivos. La participación de personas jóvenes y de personas mayores, aunque menor en términos cuantitativos, aporta miradas situadas desde la expectativa de futuro y la memoria comunitaria, respectivamente, enriqueciendo la comprensión intergeneracional de las categorías abordadas.

Esta lectura se ve fortalecida por el testimonio de un líder del Pueblo Eperãrã Siapidaara, quien, desde su experiencia situada en contextos urbanos, visibiliza los riesgos específicos que atraviesan las juventudes indígenas en escenarios educativos y comunitarios, así como su impacto en el colectivo: *“En cuanto a riesgo, voy a hablar un poco de lo que de pronto yo veo en la calle. Primero, en contexto de ciudad, para nosotros como jóvenes hay un riesgo total. ¿En qué? En*

el colegio, de pronto, cuando nosotros vamos al colegio, porque allá dentro del colegio hay algunas personas que tienen malos pensamientos. Entonces se pueden llevar eso psicoactivo a consumir, y por lo tanto, si uno tiene ese pensamiento como joven, de pronto puede probar eso y con eso ya se puede causar más riesgo como comunidad, a pesar de que nosotros no somos de esas clases de consumo de psicoactivo". (Líder Indígena, Pueblo Eperãrã Siapidaara, Matriz anexo componente 6).

De este modo, la triangulación entre la distribución etaria y el relato cualitativo permite comprender que, aunque la participación juvenil sea menor en términos numéricos, su voz y relevancia resulta clave para identificar riesgos emergentes y tensiones contemporáneas, aportando una lectura prospectiva que complementa el rol articulador del grupo adulto y la memoria histórica de las personas mayores en la sostenibilidad del tejido comunitario. Esto también se resalta desde los resultados de los cuestionarios, donde existe un acuerdo comunal entre los pueblos de entender la importancia de esta etapa del ciclo de vida (para ampliar esta información sugerimos revisar el anexo del cuestionario individual)

La diversidad de roles comunitarios representados en la muestra refuerza el carácter relacional del proceso de caracterización. La coexistencia de comuneros, autoridades, sabedores, líderes, parteras, gestores y otros roles específicos permite reconocer que las comprensiones en torno al uso de sustancias psicoactivas no se configuran desde una única posición social, sino que se construyen a partir de experiencias diferenciadas de cuidado, gobierno propio, transmisión cultural y vida cotidiana. Esta pluralidad de lugares de enunciación favorece una lectura más compleja de los factores de riesgo y protectores, así como de las percepciones asociadas al consumo, en la medida en que integra dimensiones simbólicas, prácticas y normativas propias de cada pueblo.

Desde una perspectiva analítica, esta composición diversa de la muestra aporta profundidad al proceso de caracterización, en tanto evita lecturas uniformes o reduccionistas y permite situar los resultados en un marco relacional y contextual. La participación diferenciada por género, edad y rol comunitario enriquece la comprensión colectiva del fenómeno, al reflejar que las percepciones, preocupaciones y formas de significar el consumo se construyen desde posiciones sociales y generacionales diversas. En este sentido, el valor de esta caracterización no radica en la representatividad estadística ni en la comparación entre pueblos, sino en su capacidad para integrar múltiples miradas que fortalecen la lectura intercultural del Componente 6. El análisis cuantitativo y crítico de los resultados de los cuestionarios individuales se desarrolla de manera específica en el anexo correspondiente (*Anexo: Análisis cuestionarios individuales SPA*), mientras que este apartado cumple la función de contextualizar y dar soporte a dicha lectura

En conjunto, la información cuantitativa presentada en las tablas iniciales y los relatos recogidos permiten concluir que la prevención y el fortalecimiento del tejido social se sostienen en una articulación interdependiente entre familia, comunidad y espacios institucionales. La mayor participación de personas adultas, especialmente mujeres en edades productivas y de

cuidado, evidencia un rol activo en la transmisión de saberes, la orientación de niños, niñas y jóvenes y la gestión comunitaria, configurándose como un eje protector frente a los riesgos identificados. Esta lectura se ve claramente reforzada por la siguiente afirmación: “La familia es el primer lugar donde se aprende; el colegio puede apoyar, pero si el hogar no enseña valores ni guía espiritual, los niños se desorientan. La prevención empieza en casa y se refuerza en comunidad.”, la cual sintetiza el sentido que la propia comunidad otorga al origen y sostenibilidad de los procesos preventivos. Así, la triangulación de datos permite afirmar que, si bien las instituciones educativas cumplen un papel complementario, es en el entorno familiar y comunitario (liderado principalmente por personas adultas con responsabilidades organizativas) donde se construyen las bases éticas, culturales y espirituales que orientan a las nuevas generaciones y fortalecen la cohesión social.

A partir de esta caracterización general, el análisis se desplaza de quiénes participaron al cómo se comprenden colectivamente las sustancias psicoactivas y sus efectos. El desarrollo del análisis transversal de las comprensiones colectivas en torno al uso de sustancias psicoactivas, integrando los sentidos, significados y marcos de interpretación construidos por los pueblos indígenas en relación con las categorías de percepción, factores de riesgo y factores protectores. Este ejercicio no busca contrastar ni jerarquizar pueblos, sino articular sentidos compartidos, identificar convergencias, tensiones y marcos comunes de comprensión que atraviesan las categorías analíticas del estudio.

El análisis se organiza en torno a tres ejes centrales (percepciones, factores de riesgo y factores protectores) entendidos no como compartimentos aislados, sino como dimensiones interrelacionadas que permiten comprender cómo los pueblos significan el fenómeno del consumo, dónde sitúan las condiciones que incrementan la vulnerabilidad y cuáles reconocen como bases fundamentales de cuidado y prevención. En este sentido, el análisis se sitúa en un plano interpretativo que amplía y contextualiza los resultados cuantitativos, reconociendo que los datos estadísticos expresan, en última instancia, sentidos colectivos inscritos en experiencias históricas, culturales y relacionales compartidas.

4.1. Percepciones colectivas sobre las sustancias psicoactivas

De manera convergente, los catorce pueblos indígenas comprenden las sustancias psicoactivas como una categoría asociada a elementos externos, introducidos y circulantes principalmente en el entorno urbano, cuyo significado no se inscribe en la cosmovisión ni en los sistemas propios de cuidado, sanación y regulación social. En esta lectura compartida, las SPA no se definen prioritariamente desde criterios clínicos, legales o técnicos, sino desde sus efectos relacionales, emocionales y comunitarios.

Desde el enfoque occidental biomédico y de salud pública, las sustancias psicoactivas (SPA) se definen como compuestos de origen natural o sintético que, al ingresar al organismo por cualquier vía de administración, producen cambios en el funcionamiento del sistema nervioso

central y en diversos procesos psicológicos y conductuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Esta definición enfatiza los efectos neurofisiológicos de las sustancias y su capacidad para modificar la percepción, las emociones, los pensamientos y la conducta, configurándolas como un objeto prioritario de intervención sanitaria y regulatoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En coherencia con esta definición, el campo psiquiátrico ha operacionalizado el concepto de SPA mediante sistemas clasificatorios estandarizados que permiten describir, comparar y regular su uso. En particular, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) agrupa las SPA en diez grandes clases (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias) organizadas según criterios farmacológicos y efectos predominantes sobre el sistema nervioso. (Edinoff et al., 2021; Paul et al., 2021; Serra et al., 2023; Radparva, 2023; Pisanti et al., 2024; Hatzipantelis, 2024).

Este marco explicativo se articula, además, con dispositivos de regulación legal y de control poblacional. Desde la salud pública internacional, organismos como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) agrupan las SPA en grandes categorías analíticas que sirven de base para la vigilancia del consumo y la formulación de políticas de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2023). A su vez, las convenciones internacionales de fiscalización (como la Convención Única de 1961 y el Convenio de 1971) establecen distinciones entre sustancias lícitas e ilícitas, diferenciación que en Colombia se concreta en marcos normativos como la Ley 30 de 1986 (Congreso de la República de Colombia, 1986). En este contexto, el consumo de sustancias se configura simultáneamente como objeto de intervención clínica, regulación jurídica y control social.

Sin embargo, cuando este enfoque biomédico y normativo se traslada de manera directa a contextos indígenas, emergen limitaciones significativas. En primer lugar, se trata de un marco conceptual construido desde una epistemología occidental que privilegia la farmacología, la psicopatología y el control normativo, relegando los significados culturales, espirituales y relacionales asociados al uso de determinadas plantas y sustancias en los pueblos indígenas. La clasificación de las SPA como objetos de riesgo, enfermedad o ilegalidad tiende así a homogeneizar prácticas profundamente diversas y a interpretar el consumo exclusivamente en términos de daño individual o desadaptación, sin considerar los sistemas de sentido propios, las funciones rituales, medicinales o comunitarias, ni los contextos históricos que regulan su uso.

En segundo lugar, la lógica de etapas, diagnósticos y criterios clínicos introduce procesos de patologización que pueden resultar incompatibles con las cosmovisiones indígenas, al trasladar categorías externas que no emergen de los marcos culturales propios ni de las formas locales de comprender el cuerpo, la salud y el equilibrio. Finalmente, la centralidad de los dispositivos de vigilancia y regulación legal refuerza una lectura del consumo como problema a controlar, más que como práctica situada, lo que limita el desarrollo de aproximaciones interculturales que reconozcan la autonomía, los saberes propios y las formas comunitarias de

regulación del uso de sustancias. Estas limitaciones no son únicamente teóricas, sino que se expresan de manera concreta en las formas en que los pueblos indígenas comprenden, regulan y significan el uso de plantas y medicinas tradicionales.

En este sentido, desde la cosmovisión de diversos pueblos participantes en la caracterización, las medicinas ancestrales no son comprendidas como sustancias psicoactivas, sino como elementos sagrados integrados a sistemas espirituales, comunitarios y relacionales de cuidado. En este marco, el daño no se atribuye a la planta en sí misma, sino a la ruptura del control espiritual, del orden comunitario y de la ley de origen que regula su uso. Por ello, los sabedores afirman de manera categórica que estas medicinas no son consideradas sustancias psicoactivas dentro del pensamiento ancestral, y que solo pueden devenir dañinas cuando son transformadas, abusadas o descontextualizadas de sus sistemas propios de regulación. Desde esta perspectiva, la prevención del consumo problemático no se orienta por categorías biomédicas como las SPA, sino por el fortalecimiento de la disciplina espiritual, la familia y la comunidad como ejes de equilibrio y cuidado (Asamblea Ampliada de Autoridades de la ONIC, noviembre de 2019, como se refiere en *Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*, Secretaría de Salud, 2019).

Este planteamiento se expresa de manera concreta en los análisis desarrollados por los catorce pueblos indígenas participantes en la caracterización (Eperãrã Siapidaara, Inga, Kamëntsa, Kichwa, Misak, Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Nasa, Pastos, Pijao, Tubu, Uitoto, Wounaan Nonam Nonam y Yanacona), quienes, a través de los cuestionarios individuales y los círculos de palabra, señalaron que las plantas de poder, las medicinas ancestrales e insumos propios forman parte de prácticas de armonización, comunicación espiritual y fortalecimiento comunitario, siempre que su uso esté mediado por el permiso colectivo, el acompañamiento de sabedores y la regulación cultural propia.

Como se detalla en el componente dos de este documento, cada pueblo usa medicinas propias para trabajar los conceptos de enfermedad y salud desde marcos culturales y espirituales específicos, con rituales y procesos particulares. En varios pueblos andino-amazónicos, prácticas como el uso de la hoja de coca, el yagé/ayahuasca, el tabaco ritual u otras plantas consideradas maestras no son entendidas como sustancias psicoactivas, sino como medicinas propias, elementos sagrados o alimentos espirituales que forman parte de la vida ceremonial, del ejercicio de la autoridad ancestral y de los procesos colectivos de cuidado y armonización. Estas prácticas se inscriben en marcos culturales y espirituales específicos, donde su sentido está determinado por la intencionalidad, la regulación comunitaria y la transmisión intergeneracional del conocimiento. En este contexto, el yagé, particularmente para los pueblos Inga y Kamëntsa, cumple una función orientada a ordenar la visión, aquietar el pensamiento y restablecer vínculos con el linaje y el territorio, acompañando experiencias de sufrimiento o desajuste que, podrían asociarse a estados como ansiedad o duelo, pero que en el pensamiento propio se comprenden como desequilibrios que requieren un abordaje integral y espiritual.

En coherencia con este reconocimiento constitucional, los lineamientos nacionales con enfoque intercultural han insistido en diferenciar entre los usos ancestrales de sustancias ligados a la cosmovisión indígena y los consumos problemáticos de sustancias ajenas o desvinculadas de esa tradición (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de realizar una distinción cultural clara entre lo que se comprende como SPA desde el enfoque occidental y lo que corresponde a saberes, prácticas y medicinas ancestrales propias de los pueblos indígenas. De manera general, para muchos pueblos indígenas el eje central no es la sustancia en sí misma ni su efecto psicoactivo, sino su relación con la armonía entre pensamiento, espíritu, cuerpo, comunidad y territorio.

En este marco, el consumo problemático no se define exclusivamente por la frecuencia o la cantidad, sino por la ruptura de normas culturales, el debilitamiento de la ritualidad y la afectación de los vínculos comunitarios. Asimismo, los lineamientos nacionales con enfoque intercultural señalan que, en varios pueblos indígenas, cuando se habla de “consumo de SPA” se hace referencia principalmente a sustancias ajenas a la tradición cultural, mientras que las plantas medicinales o sagradas propias del territorio no son nombradas ni comprendidas como drogas, sino como medicina tradicional o plantas de conocimiento, cuyo uso está regulado por autoridades espirituales y normas comunitarias específicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Si bien los saberes indígenas reconocen el uso de plantas sagradas como parte integral de sus sistemas de salud y espiritualidad, los relatos recogidos en este capítulo evidencian que los pueblos establecen distinciones claras frente a las SPA externas, especialmente en contextos urbanos como Bogotá, donde emergen nuevas desarmonías asociadas al consumo, el desarraigo y la ruptura de mecanismos tradicionales de regulación.

En contraste, varios pueblos identifican que el riesgo emerge cuando estas plantas son descontextualizadas en el entorno urbano, utilizadas de forma individual, recreativa o combinadas con sustancias químicas externas, situación que es leída como una ruptura del equilibrio y no como un uso tradicional. Desde esta comprensión, el problema no reside en la sustancia en sí ni en una supuesta falla individual, sino en el impacto que el consumo tiene sobre el equilibrio colectivo, la ruptura de normas comunitarias, el debilitamiento de la palabra orientadora y la pérdida de referentes de regulación social.

4.2. Factores de riesgo asociados al uso de sustancias psicoactivas

Los factores de riesgo son comprendidos como un entramado multicausal que opera de manera simultánea en distintos niveles e incrementa la probabilidad de inicio, mantenimiento o escalamiento del consumo. De forma consistente, los pueblos no atribuyen el riesgo a características individuales aisladas, sino a procesos relacionales, estructurales y contextuales que inciden directamente en el bienestar colectivo y en el equilibrio territorial.

El análisis comparativo realizado con los pueblos Muisca de Bosa, Eperã Siapidaara, Inga, Yanacona, Misak, Nasa, Ambiká Pijao, Tubú, Kichwa, Uitoto y Pastos evidencia una convergencia significativa en la identificación de factores de riesgo. No se trata de apreciaciones particulares ni de situaciones aisladas, sino de patrones comunes que emergen de los recorridos territoriales, las cartografías participativas y el cuestionario aplicado. Esta triangulación confirma que el riesgo está profundamente vinculado al contexto urbano de Bogotá.

En los pueblos, el consumo y expendio de SPA se ubica territorialmente en nodos específicos del entorno urbano (parques, zonas verdes, corredores viales, rondas hídricas y espacios cercanos a equipamientos comunitarios) generando una superposición entre trayectos cotidianos y puntos de riesgo. Esta coincidencia espacial produce una exposición constante y normalizada al consumo, afectando especialmente a niños, niñas y jóvenes.

En los pueblos Muisca de Bosa, Eperã Siapidaara, Inga, Yanacona, Misak, Nasa, Ambiká Pijao, Tubú, Kichwa y Pastos, se identifican además dinámicas asociadas al microtráfico, venta de alcohol y economías ilegales, configurando entornos donde el acceso a sustancias legales e ilegales es rápido y frecuente. En varios casos, como en Muisca de Bosa, Nasa, Tubú, Misak y Pastos, el daño ambiental y la contaminación de cuerpos de agua se interpretan como expresiones de desarmonía territorial que impactan no solo la seguridad, sino también el equilibrio espiritual.

En el plano estructural, la precariedad socioeconómica, la insuficiencia de oportunidades educativas y laborales y la percepción de limitada presencia institucional fueron referidas de manera reiterada por los pueblos analizados, sin diferencias sustanciales entre ellos. En el plano comunitario, pueblos como Muisca de Bosa, Yanacona, Ambiká Pijao, Inga, Nasa y Pastos resaltan el debilitamiento del tejido relacional, la fragmentación intergeneracional y el desarraigo cultural como factores que amplifican la vulnerabilidad.

En el nivel familiar, las desarmonías en la convivencia y la ruptura de procesos de transmisión cultural aparecen asociadas al riesgo en Muisca de Bosa, Yanacona, Ambiká Pijao, Nasa, Inga y Tubú, mientras que el estigma y la dificultad para abordar abiertamente el consumo son señalados particularmente en Muisca de Bosa, Ambiká Pijao, Yanacona, Pastos e Inga como barreras indirectas que limitan la activación temprana de estrategias preventivas.

Si bien existen matices territoriales (por ejemplo, mayor concentración del riesgo en zonas centrales de alta actividad comercial en Inga y Kichwa, o tensiones más marcadas en bordes ambientales en Muisca de Bosa, Nasa y Tubú) el patrón general es consistente: el riesgo no es comprendido como falla individual, sino como resultado de la interacción entre entorno urbano, exposición territorial, fragilidad comunitaria y transformaciones culturales propias del asentamiento en ciudad.

El cuestionario aplicado respalda estos hallazgos, mostrando tendencias coherentes con las narrativas comunitarias (ver anexo cuantitativo del cuestionario). La coincidencia entre

resultados cualitativos y cuantitativos fortalece la validez del análisis y confirma que los factores de riesgo identificados responden a patrones compartidos entre los pueblos participantes.

En síntesis, los factores de riesgo asociados al uso de sustancias psicoactivas emergen como una construcción colectiva convergente en los pueblos analizados, estrechamente vinculada a las condiciones estructurales, sociales y territoriales propias del contexto urbano de Bogotá. Lo que resalta transversalmente no es únicamente la presencia del consumo, sino su superposición con espacios simbólicos, comunitarios y culturales, configurando territorios donde el cuidado y el riesgo coexisten en tensión permanente.

4.3. Factores protectores y bases comunitarias de cuidado

De manera común, los pueblos coinciden en que los factores protectores frente al consumo problemático no se reducen a recursos individuales, sino que se configuran como un proceso integral de cuidado orientado a preservar el equilibrio, la pertenencia y la continuidad cultural. La triangulación entre los espacios participativos, el análisis narrativo colectivo y los resultados del cuestionario aplicado (ver anexo cuantitativo) confirma que esta comprensión es consistente y transversal, sin divergencias sustanciales entre pueblos. La protección es entendida como una construcción relacional, espiritual y territorialmente situada, que opera desde la vida organizativa y comunitaria.

En el análisis comparado de los factores de protección identificados en los pueblos Muisca de Bosa, Eperãrã Siapidaara, Inga, Yanacona, Misak, Nasa, Ambiká Pijao, Tubú, Kichwa, Uitoto y Pastos, se evidencia una convergencia significativa en la comprensión de que la protección frente al consumo de sustancias psicoactivas no es un atributo individual, sino un proceso colectivo anclado en la organización propia, la espiritualidad y el territorio. De manera consistente, en todos los pueblos el cabildo (o su estructura organizativa equivalente) es reconocido como el principal nodo protector, no solo en su dimensión administrativa, sino como espacio de orientación, transmisión intergeneracional, diálogo comunitario y activación de prácticas culturales que sostienen el equilibrio colectivo.

Entre los principales factores protectores se reconocen la cohesión familiar, la comunicación abierta, las normas consistentes, el acompañamiento adulto y la construcción de proyecto de vida. La familia aparece reiteradamente en los pueblos Muisca de Bosa, Ambiká Pijao, Inga, Yanacona, Misak, Nasa, Tubú, Pastos y Kichwa como red primaria de protección, especialmente cuando existe armonía, diálogo y transmisión de saberes. En el caso del pueblo Muisca de Bosa se señala con claridad que cuando la armonía familiar se fractura, se debilita el soporte preventivo; de manera similar, en Ambiká Pijao y Nasa se reconoce que la desarticulación intergeneracional incrementa la vulnerabilidad. No obstante, la triangulación permite observar que, en algunos contextos, el peso protector atribuido a la familia adquiere una centralidad igual o incluso mayor en la contención cotidiana, aunque no como un elemento de mayor jerarquía estructural que la dimensión espiritual. Esto no evidencia oposición entre

dimensiones, sino variaciones en la intensidad relativa de cada soporte según el nivel de fortalecimiento cultural y organizativo en el entorno urbano.

La dimensión espiritual y la medicina tradicional emergen de manera transversal en los pueblos Muisca de Bosa, Eperārã Siapidaara, Inga, Yanacona, Misak, Nasa, Ambiká Pijao, Tubú, Uitoto y Pastos, donde las prácticas de armonización, el acompañamiento de mayores y sabedores, el uso ritual de plantas propias y los espacios ceremoniales son comprendidos como dispositivos estructurales de regulación frente al consumo. En el pueblo Uitoto, esta distinción adquiere un carácter ontológico explícito al diferenciar entre medicina propia y sustancias externas; en el pueblo Pastos, la chagra y la tulpa operan como microterritorios de cuidado; mientras que en el pueblo Nasa la relación espiritual con la zona boscosa y la Madre Tierra se configura como núcleo protector. En el pueblo Kichwa, aunque el énfasis visible recae con mayor fuerza en actividades comunitarias y deportivas, estas se inscriben igualmente en una lógica de fortalecimiento cultural y cohesión social.

De forma transversal, todos los pueblos coinciden en que el territorio protege cuando es habitado culturalmente. En Eperārã Siapidaara, la huerta Soteja Atane y los espacios ceremoniales se convierten en nodos de resistencia; en Muisca de Bosa, el Qusmuy y las huertas comunitarias cumplen una función similar; en Yanacona, los parques resignificados, los círculos de palabra y las prácticas artísticas fortalecen el tejido; en Misak, la cancha adquiere valor protector cuando es apropiada comunitariamente; en Tubú, la Casa de Pensamiento actúa como anclaje territorial; en Pastos, la activación de la chagra y la espiritualidad resignifica el barrio; y en Inga, el cabildo y los lugares de memoria operan como hitos históricos de contención en medio de un entorno urbano tensionado. Las actividades culturales, artísticas y deportivas en pueblos como Yanacona, Kichwa, Inga, Pastos, Ambiká Pijao y Misak se consolidan además como estrategias preventivas que fortalecen la identidad y ocupan de manera significativa el tiempo de niños, niñas y jóvenes.

En relación con los apoyos externos, se valora su aporte cuando son cercanos, continuos, no estigmatizantes y culturalmente pertinentes; sin embargo, la triangulación evidencia brechas en su adecuación a las realidades comunitarias, lo que refuerza la necesidad de que la prevención parta del fortalecimiento de las capacidades propias y se articule de manera complementaria con lo institucional.

Desde esta perspectiva, la protección no se define en términos de control o sanción, sino como reconexión con lo propio, fortalecimiento de vínculos y sostenimiento del tejido comunitario. El análisis confirma que los factores protectores constituyen el eje más sólido del proceso colectivo en los 14 pueblos, incluso con mayor fuerza que la narrativa de riesgo. Mientras el riesgo se sitúa principalmente en dinámicas estructurales del entorno urbano, la protección emerge desde el pensamiento propio y la organización interna, configurándose como un sistema integrado de espiritualidad, familia y territorio.

En síntesis, la convergencia observada confirma que la prevención, en clave intercultural, se fundamenta en el fortalecimiento de la cultura viva como principal barrera frente al consumo de sustancias externas. La protección resalta porque es estructural, relacional y culturalmente situada; porque nace del equilibrio comunitario y no de la imposición externa; y porque articula identidad, espiritualidad y organización como base del cuidado colectivo.

4.4. Análisis territorial transversal de los Catorce Pueblos Indígenas

Este análisis parte de una comprensión compartida del territorio como espacio vivido y construido a partir de las experiencias cotidianas, los recorridos, los usos del espacio y los significados culturales y espirituales que cada pueblo le atribuye a sus espacios. En este sentido, el territorio no se limita a una dimensión física o administrativa, tampoco solo a un lugar con nombre, sino que integra dimensiones sociales, ambientales, simbólicas y espirituales, cuyo énfasis varía según la historia, el contexto urbano y la cosmovisión de cada pueblo.

Desde este marco, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) no es abordado como una conducta individual aislada ni como una característica propia de los pueblos indígenas, sino como una realidad territorialmente situada, asociada a las condiciones materiales, sociales y ambientales del entorno urbano que se habita.

Esta lectura se construyó metodológicamente a partir de los recorridos territoriales planteados, la observación directa y el diálogo con sabedores, sabedoras, autoridades y miembros de las comunidades que, junto con los ejercicios de cartografía social, permitió vincular el consumo de SPA con lugares, dinámicas y relaciones concretas del territorio. En consecuencia, el eje transversal que emerge con mayor claridad es que el consumo de SPA se comprende como un efecto del habitar el territorio, y no como una decisión individual desvinculada del contexto urbano, comunitario y cultural.

En los 14 pueblos analizados, el consumo de SPA aparece anclado a espacios específicos del territorio, principalmente a espacios de uso cotidiano y de encuentro social. No se describe de manera abstracta, sino localizada en parques, canchas, calles, puentes, zonas verdes, rondas hídricas, salones comunales, entornos escolares y nodos de movilidad.

Por ejemplo, en el pueblo Misak Misak (Fontibón), el riesgo se asocia de manera directa a la cancha del barrio Casandra, un espacio comunitario que durante el día cumple funciones recreativas y de encuentro, pero que en horas de la noche es ocupado por personas externas para el consumo de SPA. De manera similar en el pueblo Nasa (Usme), el consumo se vincula a espacios de encuentro como la iglesia, la zona boscosa, el salón comunal y las zonas verdes. En otros casos, como el pueblo Muisca de Bosa, el consumo no se concentra únicamente en un punto, sino que se extiende a corredores territoriales que forman parte de los recorridos cotidianos de la comunidad (rutas hacia el trabajo, la escuela, el comercio o los servicios de salud), incluyendo puentes y conexiones barriales que se convierten en nodos de riesgo por la presencia de expendio y consumo de SPA.

Por otro lado, en varios pueblos el consumo de SPA se vive como una condición extendida del entorno, especialmente en zonas urbanas centrales o altamente riesgosas. En pueblos como el Inga y el Kichwa, ubicados en zonas centrales de la ciudad, el consumo de SPA legal e ilegal se describe como una realidad asociada a la alta circulación de personas, la presencia de economías informales, la habitabilidad en calle y la coexistencia de múltiples actividades comerciales. Esto evidencia una diferencia entre consumo puntual y consumo estructural que permite comprender que el fenómeno adopta formas territoriales distintas según el tipo de espacio urbano que se habita (centro, periferia, borde ambiental o asentamiento precario).

Un elemento transversal clave es que varios pueblos subrayan que el consumo de SPA no es atribuible exclusivamente a sus miembros e identifican la presencia de actores externos que llegan a determinados espacios debido a condiciones territoriales que facilitan el consumo, como la falta de control institucional, la baja iluminación o el detrimento del espacio. Esto se evidencia de manera clara en los pueblos Misak, Uitoto, Wounaan Nonam Nonam y Eperārā Siapidaara, donde se hace la distinción explícita entre la comunidad y las dinámicas externas que ocupan el espacio. Esta aclaración es central para el análisis, ya que desplaza la explicación del consumo desde el sujeto hacia el territorio, evitando lecturas estigmatizantes y reconociendo que el riesgo se produce por flujos, usos y relaciones que exceden a la comunidad indígena.

Finalmente, este eje muestra que en varios pueblos el consumo de SPA se interpreta desde una lectura integral de la salud entendida como equilibrio entre cuerpo, pensamiento, comunidad y territorio lo que hace que el consumo aparezca como una expresión de desarmonía territorial, más que como una adicción individual. En pueblos como Muysca de Suba, Nasa, Uitoto, Misak y Tubü Hummürimassa, se plantea que el estado del territorio influye directamente en el bienestar de las personas por lo que aspectos como la contaminación de cuerpos de agua, la pérdida de prácticas culturales o el desarraigo del territorio ancestral en la ciudad son leídos como factores que afectan el equilibrio del cuerpo-territorio y que se manifiestan, entre otras formas, en el consumo de SPA.

4.4.1. Dónde y cómo se territorializa el consumo de SPA en la ciudad

Uno de los hallazgos transversales más consistentes es que el riesgo asociado al consumo de SPA no se distribuye de manera homogénea en la ciudad, sino que se concentra en determinados tipos de espacios, que se repiten entre los 14 pueblos. Estas configuraciones permiten hablar de espacios de riesgo, entendidos como producto de patrones espaciales donde el consumo, la venta o la exposición a SPA se vuelven más probables debido a las condiciones del territorio. Gracias a esto se identifican cuatro grandes tipos de espacios de riesgo:

- **Parques, canchas y espacios recreativos:**

Estos escenarios parecen reiteradamente como lugares donde chocan los usos comunitarios con las dinámicas de consumo de SPA. En el pueblo Misak Misak (Fontibón), la cancha del barrio Casandra se describe como un espacio de recreación y encuentro comunitario,

pero también como un punto donde, en determinados momentos del día, se concentran personas externas para el consumo de SPA y alcohol. Una situación similar se observa en el pueblo Eperã Siapidaara, donde varios parques del territorio (Atenas, Bello Horizonte, Gaitán Cortés, Urbanización La Joyita) son identificados como espacios tensionados por el consumo y la venta de SPA legal e ilegal. Aunque estos parques son reconocidos como lugares potenciales para la recreación y la transmisión cultural, la presencia de habitantes de calle, consumidores y residuos sólidos y orgánicos genera percepciones de inseguridad y malestar integral. En el pueblo Pastos (Los Mártires), el parque del barrio también aparece como un espacio donde se evidencian dinámicas de consumo y habitabilidad en calle que afectan la armonización del espacio, pero al mismo tiempo se convierte en un lugar donde la comunidad decide priorizar prácticas culturales (como la chagra) precisamente como estrategia de apropiación territorial frente al riesgo.

Este conjunto de casos muestra que parques y canchas no son inherentemente espacios de riesgo, sino territorios cuyo significado cambia según los usos, los horarios y la presencia o ausencia de actores comunitarios e institucionales.

- **Zonas con vegetación y presencia de cuerpos de agua:**

Otros de los espacios más recurrentes son los ubicados en bordes ambientales e hídricos como humedales, quebradas, ríos y zonas verdes. En el pueblo Muysca de Suba, el humedal Tibabuyes se reconoce como un territorio sagrado donde se realizan prácticas de armonización espiritual. Sin embargo, el documento señala que sus rondas, parques colindantes y zonas de tránsito concentran consumo de SPA, presencia de habitantes de calle, robos e inseguridad, lo que limita el acceso comunitario a la vez que genera una percepción de despojo territorial. En el pueblo Ambiká Pijao el agua es entendida como lugar de vida y equilibrio territorial, pero la contaminación, la acumulación de residuos, la presencia de roedores, la poca iluminación y el consumo de SPA convierten el entorno en un espacio de riesgo. Situaciones similares se registran en los pueblos Muisca de Bosa y tHummürimassa, donde humedales, ríos y zonas de reserva ambiental (como el borde de los cerros orientales) se ven afectados por consumo y venta de SPA, especialmente en áreas aisladas y con bajo control institucional. En estos casos, el riesgo no solo es social, sino también espiritual y ambiental, ya que afecta territorios considerados fundamentales para la vida y la memoria colectiva.

- **Centralidades urbanas y corredores del centro:**

Un tercer grupo de espacios de riesgo se localiza en centralidades urbanas, particularmente en zonas del centro de la ciudad caracterizadas por alta circulación, comercio intenso y presencia de economías formales e informales. En los pueblos Kichwa, Inga, Kamëntsa y Pastos, el consumo de SPA se describe como una realidad normalizada en el entorno urbano haciendo que el riesgo no se concentre en un solo punto, sino que se distribuya a lo largo de calles, plazas, corredores comerciales y zonas de tránsito. El caso del pueblo Inga resultan la Plaza España, la calle 18 y el sector conocido como “cinco huecos” como escenarios donde hay

venta de licor, microtráfico, consumo de SPA y habitabilidad en calle. En el pueblo Kamëntsá, el barrio San Bernardo se describe como un territorio incrustado en dinámicas de microtráfico y consumo, donde incluso el acceso a la Casa de Pensamiento Indígena se ve condicionado por economías ilegales, vigilancia informal y percepción constante de amenaza.

- **Periferias urbanas y asentamientos precarios:**

Un cuarto patrón de espacios de riesgo se identifica en periferias urbanas y asentamientos con alta precariedad en infraestructura y servicios públicos, como ocurre en los pueblos Nasa, Uitoto y Wounaan Nonam Nonam. En estos territorios, el consumo de SPA se relaciona con las dificultades en la movilidad, las pendientes pronunciadas, las calles sin pavimentar, la iluminación deficiente, la ausencia de alcantarillado, la acumulación de basuras y la sensación generalizada de inseguridad, especialmente en horas nocturnas haciendo que el riesgo no se explique únicamente por el consumo en sí, sino por un conjunto de condiciones territoriales que debilitan el control social y aumentan la vulnerabilidad comunitaria. En el caso del pueblo Uitoto, el asentamiento Jofochupi se describe como un territorio no regulado, conformado en el marco del desplazamiento forzado, donde la precariedad urbana y la ausencia de control institucional facilitan la llegada de personas externas para consumir alcohol y drogas compartiendo esta característica con el pueblo Nasa.

4.4.2 Factores territoriales que producen riesgo asociado a consumo de SPA

La Tabla 9 sintetiza los principales factores territoriales identificados de manera transversal en la información recolectada por los pueblos que inciden en que haya mayor vulnerabilidad o exposición frente al posible consumo de SPA.

Tabla 9.

Principales factores territoriales transversales en los 14 Pueblos Indígenas

Factores presentes	más	¿Cómo se ve?	¿Por qué producen riesgo?
Bajo control territorial		Amplia presencia de espacios con deterioro físico, baja iluminación, acumulación de residuos y escasa presencia institucional.	Reduce el uso comunitario del espacio y crea condiciones propicias para el consumo de SPA.
Normalización del consumo en el espacio público		Integración del consumo de SPA a la vida cotidiana del territorio, de manera visible y constante.	Se da por hecho el consumo lo que afecta la percepción de seguridad y expone a población infantil y juvenil al riesgo.

Múltiples usos territoriales incompatibles	Los mismos espacios tienen funciones recreativas, laborales, educativas, residenciales y dinámicas de consumo o expendio de SPA.	Esto genera exposición involuntaria al riesgo y debilita la función comunitaria y protectora del territorio en la cotidianidad.
Incidencia de flujos externos al territorio comunitario	Presencia de personas ajenas al pueblo que llegan a consumir o vender SPA aprovechando que hay poca regulación.	Debilita el control comunitario del territorio y contribuye a procesos de estigmatización y tensión en la convivencia interna y con otros actores.
Restricción progresiva del uso comunitario del espacio	Se da una modificación de prácticas, rutas y horarios debido al miedo o a la percepción de inseguridad.	El espacio empieza a ser evitado o transitado con precaución, impactando en la cohesión comunitaria.

4.4.3. Factores territoriales que producen protección asociado a consumo de SPA

Este eje identifica y analiza los factores protectores territoriales presentes en los pueblos indígenas participantes, entendidos como prácticas, usos y significados del territorio que contribuyen al cuidado, la protección de la vida y la reducción de la exposición al consumo de SPA reconociendo su capacidad de agencia y determinación desde las que han buscado generar estrategias territoriales activas para habitar, resignificar y proteger sus espacios.

Dentro de las similitudes se encuentra que los factores protectores frente al consumo de SPA son concebidos de manera territorial y colectiva vinculando la protección a lugares concretos del territorio que, al ser usados, cuidados, habitados y resignificados por la comunidad, contribuyen al bienestar colectivo y a la reducción de riesgos asociados al consumo. Espacios como casas cabildo, casas de pensamiento, chagras, huertas comunitarias, jardines infantiles propios, parques, canchas y zonas verdes se convierten en factores protectores en la medida en que son ocupados por la comunidad para actividades culturales, espirituales, recreativas y organizativas. La presencia comunitaria constante limita la apropiación del espacio por actores externos y reduce la exposición a dinámicas de consumo de SPA.

Otra similitud central es la importancia de la cultura, la espiritualidad y la medicina tradicional como mecanismos de cuidado. En la mayoría de los pueblos, el consumo de SPA es interpretado no únicamente como una conducta individual, sino como una expresión de

desarmonía por lo que las prácticas espirituales, la palabra de los mayores, los rituales de armonización y el uso de plantas medicinales funcionan como estrategias preventivas y de sanación, cuidado, educación propia y transmisión de valores culturales, lo que fortalece la cohesión comunitaria frente a contextos urbanos adversos.

De manera transversal, los pueblos priorizan la protección de niños, niñas y jóvenes por lo que las estrategias protectoras están orientadas a crear espacios seguros para el tiempo libre, el aprendizaje cultural y la socialización, reconociendo que la exposición temprana al consumo de SPA en el entorno urbano constituye un riesgo significativo para la salud colectiva y la continuidad cultural. Finalmente, una similitud relevante es la capacidad de resignificación del territorio que se da en varios pueblos que conviven con espacios que pueden ser identificados como escenarios de riesgo, pero son re-apropiados mediante actividades comunitarias, transformándose en lugares de encuentro, cuidado y protección.

Por otro lado, factores protectores territoriales se expresan de manera diferenciada según el contexto urbano, el grado de consolidación comunitaria y el acceso a espacios propios. Una primera diferencia se observa que, en algunos pueblos como Wounaan Nonam Nonam, Muysca de Suba, Ambiká Pijao, Muisca de Bosa, Inga, Kamëntsá y Pastos, los factores protectores se concentran principalmente en espacios comunitarios propios que funcionan como núcleos de organización facilitando una protección territorial articulada con la cultura y la autonomía comunitaria.

En contraste en pueblos como Misak Misak, Kichwa, Eperãrã Siapidaara y Yanacona, los factores protectores se apoyan en mayor medida en la resignificación del espacio público urbano, como canchas, parques y plazas que presentan la condición de ser ambivalentes: pueden ser escenarios de riesgo en determinados horarios, pero se convierten en protectores cuando hay ocupación comunitaria activa y uso colectivo continuo.

Otra diferencia relevante se relaciona con el peso relativo de la espiritualidad frente a la presencia territorial cotidiana. Pueblos como Muysca de Suba, Uitoto, Inga y Pastos son más explícitos en la protección fundamentada en la medicina tradicional, la armonización espiritual y el vínculo sagrado con el territorio. Pueblos, como Misak Misak, Kichwa y Eperãrã Siapidaara, mencionan que la protección se apoya más en la presencia comunitaria, la vigilancia informal y el uso constante del espacio, incluso cuando la dimensión espiritual está presente de manera menos explícita.

En algunos pueblos, como Kichwa, Ambiká Pijao y Kamëntsá instituciones como jardines infantiles, hospitales o colegios son reconocidas como apoyos parciales a la protección territorial, siempre que no resulten estigmatizantes y se articulen con prácticas comunitarias propias. En otros pueblos, la protección se sostiene casi exclusivamente desde la organización indígena, con escasa o nula relación con la institucionalidad.

En la mayoría de los pueblos indígenas participantes los factores protectores frente al consumo de SPA son concebidos de manera territorial y colectiva, vinculando la protección a

lugares concretos que, al ser usados, cuidados, habitados y resignificados por la comunidad, contribuyen al bienestar colectivo y a la reducción de riesgos asociados al consumo. En al menos diez de los pueblos analizados, espacios como las casas- cabildo, casa de pensamiento indígena, chagras, huertas comunitarias, jardines infantiles propios, parques, canchas y zonas verdes, aparecen de manera consistente como nodos protectores cuando existe ocupación comunitaria activa y continuidad en su uso cultural y organizativo. También de forma sólida en todos los pueblos se reconoce la cultura, la espiritualidad y la medicina tradicional, como mecanismos centrales de cuidado frente al consumo de SPA. Otro aspecto general es que en la totalidad de los pueblos se prioriza la protección de niños, niñas y jóvenes, orientando las estrategias protectoras hacia la creación de espacios seguros para el tiempo libre, el aprendizaje cultural y la socialización pues es claro que la exposición temprana al consumo de SPA en el entorno urbano es una amenaza directa a la salud colectiva y a la continuidad cultural.

En conjunto se puede evidenciar un modelo territorial protector basado en la ocupación activa, la centralidad cultural y la resignificación constante del espacio en donde el eje común protector no radica únicamente en la existencia física de infraestructuras comunitarias, sino en la capacidad de producir presencia organizada, autoridad simbólica y prácticas cotidianas de cuidado que reordenan el uso del territorio frente a dinámicas de microtráfico, consumo e inseguridad previamente descritas. Allí donde existen nodos propios consolidados, la protección se articula desde centralidades comunitarias con mayor continuidad y autonomía mientras que donde estos son más frágiles, la estrategia se desplaza hacia la disputa y reapropiación del espacio público urbano.

En este sentido, el modelo territorial protector identificado no opera de manera paralela o independiente a los factores de riesgo descritos, sino que se configura como una respuesta directa a las mismas condiciones que producen vulnerabilidad. Si los riesgos se generan a partir del bajo control territorial, la normalización del consumo, la superposición de usos incompatibles y la restricción progresiva del espacio comunitario, los factores protectores emergen precisamente como mecanismos de restitución de control simbólico y práctico sobre el territorio. La ocupación organizada de casas cabildo, parques, chagras o espacios resignificados contrarresta la pérdida de uso comunitario; la presencia intergeneracional y la transmisión cultural disputan la normalización del consumo en la vida cotidiana; y la activación constante de nodos protectores busca revertir la tendencia a evitar o abandonar ciertos lugares por miedo. De esta manera, el diálogo entre riesgo y protección revela que ambos procesos se juegan en el mismo plano espacial: mientras los factores de riesgo fragmentan, debilitan y desplazan el uso comunitario del territorio, los protectores intentan recomponer la continuidad, la cohesión y otorgando sentido, constituyéndose como estrategias territoriales de contención frente a dinámicas urbanas que erosionan el control colectivo y la estabilidad social de los pueblos.

A partir de estos hallazgos, construidos desde las comunidades, las globalidades y los sentires expresados en la palabra colectiva de los 14 pueblos, se proponen las siguientes

recomendaciones y estrategias orientadas a la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Estas orientaciones emergen del análisis compartido de experiencias, preocupaciones y saberes propios, reconociendo que la prevención no puede desligarse del contexto cultural, comunitario y espiritual que da sentido a la vida de cada pueblo.

5. Conclusiones y Recomendaciones para la elaboración de una Propuesta de Prevención del Uso y Abuso de SPA

El proceso de caracterización desarrollado con los catorce pueblos indígenas en contexto urbano permitió identificar convergencias estructurales en la comprensión del riesgo y la protección frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas. De manera consistente, los pueblos coinciden en que el consumo problemático no se interpreta como una conducta individual aislada, sino como una expresión relacional vinculada al desarraigo territorial, la fragmentación de la macro familia, la ruptura de la transmisión intergeneracional y la exposición a dinámicas urbanas que tensionan la identidad cultural.

En contraste, los principales factores protectores emergen de manera transversal desde el tejido comunitario: la medicina ancestral, la palabra orientadora, la presencia activa de mayores y sabedores, la vida organizativa y el ejercicio del gobierno propio. La triangulación entre recorridos territoriales, cartografías participativas, espacios colectivos de diálogo y cuestionarios individuales confirma que esta comprensión no es aislada ni coyuntural, sino compartida y sostenida en los distintos pueblos participantes.

Desde el punto de vista analítico, los hallazgos permiten consolidar cuatro conclusiones estructurantes:

Distinción cultural frente a las SPA: Las sustancias externas son diferenciadas claramente de las medicinas propias, las cuales no son comprendidas como drogas sino como elementos sagrados integrados a sistemas de armonización y cuidado, regulados por autoridad espiritual y normas comunitarias.

Riesgo territorializado: El consumo se configura como fenómeno urbano estructural que se concentra en tipologías espaciales específicas (parques, bordes ambientales, centralidades comerciales y periferias precarizadas), evidenciando que el riesgo se produce en el territorio y no exclusivamente en el individuo.

Protección como sistema relacional: El eje protector más sólido no es individual sino comunitario, articulando espiritualidad, familia, organización propia y ocupación activa del territorio como mecanismos integrados de regulación.

Tensión riesgo–protección en el mismo plano espacial: Los mismos espacios que concentran riesgo pueden convertirse en nodos protectores cuando existe presencia comunitaria organizada, resignificación cultural y autoridad simbólica activa.

Estas conclusiones permiten afirmar que la prevención intercultural no puede estructurarse desde enfoques informativos aislados ni desde modelos exclusivamente clínicos, sino desde una estrategia territorial, relacional y culturalmente situada.

En coherencia con estos hallazgos, la propuesta se estructura sobre cinco decisiones estratégicas fundamentales:

Principios orientadores basados en gobernanza propia, garantizando concertación, legitimidad y respeto por los sistemas tradicionales de cuidado.

Priorización poblacional con enfoque de curso de vida, reconociendo la mayor exposición en adolescencia y juventud sin desconocer el rol protector de mayores y sabedores.

Intervención desde entornos de vida, integrando espacios propios comunitarios, hogar, entornos educativos y espacio público urbano.

Organización por niveles de riesgo (primario, secundario y terciario), asegurando proporcionalidad y claridad en las rutas de acompañamiento.

Reconocimiento de la medicina ancestral como pilar estructural, articulada de manera respetuosa con la institucionalidad cuando la situación lo requiera.

El análisis confirma que la protección emerge con mayor solidez que la narrativa de riesgo. Mientras los riesgos se asocian principalmente a condiciones estructurales del entorno urbano, la capacidad protectora se origina en la cultura viva, la organización propia y la autoridad espiritual. En consecuencia, la prevención debe orientarse prioritariamente al fortalecimiento de estos sistemas internos de cuidado, articulándolos de manera complementaria con la oferta institucional bajo principios de corresponsabilidad y no imposición.

En síntesis, la caracterización evidencia que el uso y abuso de sustancias psicoactivas en contexto indígena urbano no puede comprenderse fuera de la relación entre territorio, identidad y comunidad. La estrategia propuesta, por tanto, se fundamenta en la restitución simbólica y práctica del control territorial, la consolidación del tejido comunitario y la protección de los saberes propios como base estructural para la reducción del riesgo y la sostenibilidad del cuidado colectivo.

5.1. Principios orientadores para una estrategia intercultural

Los principios orientadores son fundamentales porque definen el sentido, los límites y la coherencia de una estrategia intercultural de prevención. Estos principios permiten que las acciones no se reduzcan a intervenciones aisladas o estandarizadas, sino que respondan de manera respetuosa y pertinente a las realidades culturales, sociales y territoriales de las comunidades. Este énfasis en los principios orientadores se desprende de las comunales identificadas entre los 14 pueblos a lo largo del proceso de caracterización, en las cuales se señala de manera reiterada que las acciones preventivas sólo adquieren sentido y legitimidad cuando se sustentan en marcos claros de respeto cultural, autonomía y cuidado colectivo. Al reconocer la prevención como un proceso de cuidado colectivo, los principios orientadores garantizan que la estrategia fortalezca los vínculos familiares y comunitarios, valore el rol de las autoridades y sabedores, y promueva la transmisión intergeneracional del conocimiento propio. Por esta razón, se recomienda su adopción como un eje estratégico transversal, que oriente la planificación, implementación y sostenibilidad de la estrategia intercultural de prevención.

- **Gobernanza propia.** Toda acción debe construirse, validarse y desarrollarse mediante concertación con las autoridades y el gobierno propio, respetando tiempos, decisiones y mandatos comunitarios, como base de legitimidad, apropiación y sostenibilidad de la estrategia.
- **Reconocimiento de la medicina ancestral como sistema integral de cuidado.** La prevención y el acompañamiento deben fundamentarse en la medicina ancestral y las prácticas propias como ejes estructurales del cuidado colectivo, garantizando autonomía, autorizaciones comunitarias y respeto por los protocolos culturales.
- **Fortalecimiento de los espacios propios como barreras protectoras.** Los espacios comunitarios propios deben ser reconocidos como escenarios terapéuticos y preventivos esenciales, garantizando condiciones materiales, logísticas y programáticas para su funcionamiento continuo.
- **Integralidad del cuidado en contextos urbanos.** La estrategia debe abordar no solo la prevención, sino también las condiciones estructurales que lo rodean como la soledad urbana, discriminación, precariedad económica y ruptura del tejido social. Integrando dimensiones culturales, familiares, espirituales y comunitarias.

- **Corresponsabilidad institucional.** La articulación intersectorial debe basarse en relaciones horizontales, donde la institucionalidad actúe como aliada y facilitadora de los procesos comunitarios, evitando enfoques impositivos o directivos.

5. 2. Priorización poblacional y enfoque de curso de vida

La estrategia de prevención requiere reconocer que los riesgos y factores protectores frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas no se expresan de la misma manera en todas las personas ni en todas las etapas de la vida. Los aportes evidencian la necesidad de priorizar poblaciones con mayor exposición y vulnerabilidad en el contexto urbano. En este marco, se recomienda estructurar una oferta intergeneracional y diferenciada, que reconozca las particularidades de cada etapa del ciclo vital y fortalecer factores protectores con identidad cultural, incorporando de manera central a las familias, autoridades y sabedores como actores clave del cuidado y la prevención.

Esta orientación se fundamenta en los elementos compartidos que emergen del diálogo sostenido con los pueblos participantes, donde se reconoce de manera reiterada que los riesgos se manifiestan de forma distinta según la edad, el rol familiar y el momento del curso de vida. Su importancia radica en que permite ajustar las acciones preventivas a dichas diferencias, evitando abordajes generalizados que no responden a las realidades urbanas. En consecuencia, se plantea como un componente prioritario de la estrategia, orientado a fortalecer el cuidado y la protección a lo largo de todo el ciclo vital.

- ***Primera infancia e infancia (0–11 años):*** Construir bases tempranas de autocuidado, identidad cultural, habilidades para la vida y reconocimiento de riesgos en lenguaje pedagógico. No se trata de “adultizar” el tema, sino de fortalecer factores protectores desde crianza, juego, cultura y vínculo familiar.
- ***Adolescencia y juventud (12–28 años):*** Es el grupo más reiterado como de mayor riesgo por presión de pares, búsqueda identitaria, soledad urbana, exposición ambiental, experiencias de discriminación y tránsito por espacios urbanos donde la oferta es visible. Aquí la prevención debe ser atractiva, participativa, con actividades culturales/deportivas/artísticas y con proyectos de vida con identidad. Importante la apropiación cultural.
- ***Adulthood (29–59 años):*** En algunos aportes se identifica como ciclo donde se presenta consumo (en especial alcohol). Por tanto, se requiere prevención y acompañamiento que incluya responsabilidades familiares, duelos, estrés socioeconómico y dinámicas de cuidado.
- ***Adulthood- mayor: (mayores de 60 años)*** Son agentes protectores (consejo, orientación, memoria, pauta cultural) y, a la vez, población que puede requerir información actualizada sobre nuevas presentaciones de sustancias en la ciudad.

5.3. Entornos de vida

La caracterización evidencia que el contexto urbano configura riesgos específicos frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas, asociados a la alta disponibilidad, la normalización del consumo y el debilitamiento del tejido comunitario. En este sentido, la prevención no puede limitarse a acciones aisladas, sino que debe diseñarse e implementarse desde los entornos donde transcurre la vida cotidiana, reconociendo tanto los factores de riesgo como las oportunidades de cuidado y protección presentes en cada uno de ellos.

Este enfoque se sustenta en los aprendizajes reiterados a lo largo del proceso de caracterización, donde los pueblos participantes señalan que los riesgos se intensifican cuando la intervención se desconecta de los espacios reales de interacción social y comunitaria. Su pertinencia radica en situar la prevención en los escenarios donde se construyen vínculos, hábitos y sentidos de pertenencia, permitiendo respuestas más cercanas y efectivas frente a las dinámicas urbanas. Por ello, se plantea como una línea central de intervención, orientada a integrar la prevención en la vida cotidiana y fortalecer el cuidado colectivo desde los territorios habitados.

- **Entornos propios comunitarios:** Focalizar acciones en el entorno propio comunitario es fundamental, ya que allí se concentran los principales factores protectores culturales, relacionales y espirituales que sostienen el cuidado colectivo y previenen el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Estos espacios constituyen ámbitos de confianza y legitimidad, donde las acciones desarrolladas en cabildos, malocas, casas de pensamiento y otros escenarios comunitarios son mejor recibidas y apropiadas, al responder a normas, tiempos y formas de relación definidas por la propia comunidad, reduciendo la desconfianza frente a intervenciones externas.

Asimismo, los entornos propios permiten activar mecanismos de regulación comunitaria mediante el consejo de mayores, la palabra orientadora, los círculos de escucha y las prácticas de armonización, facilitando la identificación temprana de señales de riesgo, el acompañamiento sin estigmatización y el fortalecimiento del vínculo comunitario antes de que el consumo se consolide.

De igual manera, estos espacios son escenarios privilegiados para la transmisión cultural e intergeneracional, donde se fortalecen la identidad, el sentido de pertenencia y el proyecto de vida con identidad, actuando como barreras naturales frente a la presión urbana, la soledad y la normalización del consumo.

En conjunto, el fortalecimiento de los entornos comunitarios permite que la prevención sea continua y sostenible, integrada a la vida cotidiana y no limitada a acciones aisladas, generando impactos más profundos y duraderos en el cuidado de la vida individual y colectiva.

- **Entornos hogar:** El hogar constituye el primer espacio de cuidado, socialización y regulación emocional. Los aportes evidencian que la fractura familiar, los silencios y las dificultades en la comunicación incrementan el riesgo de consumo, mientras que el diálogo abierto y las relaciones de apoyo fortalecen los factores protectores. Intervenir en este entorno permite fortalecer la crianza, el cuidado emocional y la detección temprana

de señales de riesgo, sin estigmatización ni exposición pública. Asimismo, el acompañamiento de gestores comunitarios, sabedores ancestrales y profesionales psicosociales, cuando la comunidad lo define, facilita procesos de orientación respetuosos y culturalmente pertinentes, reforzando los vínculos familiares y la regulación comunitaria como base de una prevención más efectiva y sostenible.

- **Entornos educativos:** son escenarios clave para la prevención, ya que la escuela no se limita a la formación académica, sino que cumple un papel central en la formación integral, la transmisión cultural y el fortalecimiento identitario. La articulación con educadores, autoridades indígenas y sabedores ancestrales permite desarrollar procesos formativos continuos que integran saberes propios, valores de buen vivir y estilos de vida saludables, evitando intervenciones aisladas o descontextualizadas y promoviendo una prevención pertinente y sostenida.
- **Espacio público y puntos de mayor riesgo (parques, rutas de tránsito, entornos barriales específicos):** La estrategia debe incluir acciones preventivas en territorios urbanos donde la exposición es cotidiana, llevando oferta institucional a la comunidad con enfoque de Atención Primaria, sin enfoques punitivos, y concertando intervenciones de cuidado territorial (iluminación, manejo de residuos, recuperación simbólica de espacios, jornadas comunitarias).

5.4. Estructura por niveles de riesgo

Se recomienda estructurar la estrategia de prevención a partir de una ruta clara y articulada por niveles, que permita fortalecer factores protectores, identificar oportunamente situaciones de riesgo y activar acompañamientos integrales cuando el consumo ya está presente. Esta organización en prevención primaria, secundaria y terciaria busca reducir sesgos, aumentar la pertinencia cultural de las acciones y garantizar respuestas continuas, proporcionales y respetuosas del vínculo comunitario.

Esta propuesta se construye a partir de los acuerdos reiterados expresados por los pueblos participantes, quienes enfatizan la necesidad de contar con orientaciones diferenciadas según la intensidad de la situación y el momento en que se encuentra la persona, la familia o la comunidad. Su valor reside en ofrecer un marco ordenado que evita respuestas improvisadas o desproporcionadas, permitiendo acompañamientos graduales y coherentes con las prácticas comunitarias de cuidado. En ese sentido, se incorpora como un criterio organizador de la estrategia, facilitando su implementación y articulación en el tiempo.

- **Prevención primaria:** fortalecer de manera sostenida la identidad cultural, la vida comunitaria, la espiritualidad y la transmisión intergeneracional como base protectora, mediante actividades culturales, círculos de palabra, consejo de mayores y pedagogías propias sobre los riesgos del contexto urbano, sin moralización ni estigmatización.
- **Prevención secundaria:** activar mecanismos comunitarios de alerta temprana y acompañamiento focalizado cuando se identifiquen señales de vulnerabilidad,

priorizando la orientación familiar, el consejo de sabedores, la presencia comunitaria en entornos de mayor exposición y la vinculación a proyectos educativos, culturales o productivos con sentido identitario.

- **Prevención terciaria:** implementar rutas de sanación intercultural acordadas, que articulen la medicina propia con los servicios institucionales de salud y apoyo psicosocial, garantizando consentimiento informado, confidencialidad y acompañamiento comunitario continuo, así como procesos de reintegración familiar, comunitaria y cultural que eviten el aislamiento y la recaída.

5.5. Prácticas de medicina ancestral y conocimientos propios para acompañar el uso y abuso de sustancias psicoactivas

Los pueblos indígenas coinciden en que la medicina ancestral y los conocimientos propios no operan como un complemento decorativo de la prevención, sino como un sistema integral de cuidado que sostiene el equilibrio del pensamiento, el cuerpo, el corazón, el espíritu, la familia, la comunidad y el territorio, incluso en contextos urbanos.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas de origen externo no se reduce a la corrección de una conducta individual, sino que busca reparar desajustes que se manifiestan como desarmonía, pérdida de rumbo, fractura del vínculo comunitario, soledad urbana, duelos no elaborados, debilitamiento del pensamiento propio y afectaciones del entorno de vida. Las principales acciones ancestrales que le apuntan a la prevención del uso y abuso de SPA serían:

- **La palabra orientadora como medicina preventiva:** Las comunidades resaltan de manera reiterada el valor de la palabra orientadora como práctica central de cuidado. El consejo de mayores, los círculos de palabra, los espacios de escucha comunitaria y los encuentros intergeneracionales funcionan como dispositivos preventivos porque contienen, orientan y restituyen sentido. En estos espacios se tramitan preocupaciones, se nombran tensiones, se fortalecen pautas de crianza y se recupera el sentido de pertenencia, reduciendo los riesgos asociados al silencio, el aislamiento y la búsqueda de refugios en entornos de alta exposición.
- **Armonización espiritual y rituales de cuidado:** Los pueblos subrayan la centralidad de la armonización espiritual y los rituales de cuidado como barreras protectoras frente a los riesgos urbanos. Desde diversas tradiciones se reconoce la necesidad de prácticas de limpieza, permiso, equilibrio y ordenamiento del pensamiento, acompañadas por figuras de autoridad espiritual y médica propia

Estas prácticas se comprenden como medios para encauzar a la persona y a la familia, fortalecer su “estar bien” y reactivar los vínculos con la comunidad, los ancestros y el territorio resignificado en la ciudad. Los aportes advierten que el riesgo se incrementa cuando se rompe la intención, el acompañamiento del sabedor y la regulación comunitaria, razón por la cual la estrategia debe fortalecer estas condiciones de cuidado.

- **Rol de la medicina ancestral:** se organiza el rol de la medicina ancestral en tres momentos articulados al nivel de riesgo:
 - I. *Acompañamiento preventivo:* Sostener prácticas colectivas de identidad, espiritualidad, rituales, danzas, enseñanza de historias y actividades culturales como base protectora; fortalecer el consejo de mayores, los círculos de palabra y los espacios de orientación para niñez, adolescencia y juventud; y promover pedagogías propias sobre autocuidado y relación con el territorio.
 - II. *Acompañamiento focalizado:* Ante señales de vulnerabilidad (duelos, conflictos familiares, aislamiento, deserción escolar, presión de pares, tristeza persistente o ruptura de redes), activar apoyos comunitarios antes de que se consoliden prácticas de consumo, mediante orientación familiar, acompañamiento de mayores y sabedores, círculos de escucha más reservados y prácticas de armonización según la costumbre de cada pueblo (baños, limpiezas, uso ritual del tabaco, entre otras).
 - III. *Acompañamiento como sanación:* Cuando el consumo de sustancias ya se ha instalado o genera afectaciones significativas en la persona, la familia o la comunidad, se requiere activar una ruta de sanación intercultural acordada. Este acompañamiento implica la articulación de la medicina ancestral con servicios institucionales de salud y apoyo psicosocial, garantizando consentimiento informado, confidencialidad y respeto por los protocolos culturales.

Esta comprensión se desprende de los sentidos compartidos expresados a lo largo de la caracterización, donde los pueblos resaltan que el cuidado no puede fragmentarse ni separarse de los sistemas propios que históricamente han sostenido la vida colectiva. Su importancia radica en que permite abordar el consumo desde una mirada relacional y comunitaria, reconociendo que los desequilibrios individuales reflejan afectaciones más amplias del entorno y los vínculos. Por ello, este enfoque se incorpora como un pilar estructurante de la estrategia, orientando las acciones preventivas y de acompañamiento desde el conocimiento propio y la sanación colectiva.

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

El análisis desarrollado en el capítulo anterior permitió evidenciar que las percepciones, factores de riesgo y factores protectores frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas en los pueblos indígenas de Bogotá no pueden comprenderse únicamente desde enfoques biomédicos o individuales, sino desde las dinámicas territoriales, espirituales, comunitarias y culturales que sostienen la vida colectiva. En este marco, los sistemas propios de cuidado, la medicina ancestral y las prácticas de armonización emergen como elementos fundamentales para la prevención, el

acompañamiento y la sanación frente a las afectaciones que atraviesan las comunidades en el contexto urbano.

A partir de esta comprensión, el presente capítulo profundiza en uno de los pilares centrales de estos procesos de cuidado: los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral. Su papel trasciende la atención de la enfermedad, al constituirse como guardianes del conocimiento, orientadores espirituales y actores clave en la preservación de la memoria, la identidad y el equilibrio comunitario. En este sentido, la caracterización de sus prácticas, trayectorias y especialidades permite comprender de manera más amplia cómo los pueblos indígenas sostienen y recrean sus sistemas propios de salud en la ciudad de Bogotá.

La caracterización integral del estado actual de los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral pertenecientes a los pueblos indígenas asentados en la ciudad de Bogotá, se fundamenta en el reconocimiento de sus saberes, prácticas, especialidades, necesidades e importancia cultural, destacando el papel central que desempeñan en la transmisión del conocimiento ancestral, así como en la orientación de procesos de armonización, prevención y sanación dentro de sus comunidades. De igual manera, se reconoce su contribución a la preservación cultural y a la continuidad de la medicina ancestral, particularmente en contextos urbanos.

La información presentada se construyó a partir de una estrategia metodológica participativa desarrollada con cada uno de los pueblos indígenas, mediante espacios comunitarios de diálogo que permitieron identificar a los sabedores y sabedoras reconocidos por estas comunidades. Este proceso facilitó la consolidación de un directorio distrital que orientó la realización de visitas en terreno, durante las cuales equipos interdisciplinarios indígenas aplicaron instrumentos de caracterización individual y realizaron registros de observación etnográfica. Como resultado, se ofrece un panorama que articula tanto aspectos demográficos como una aproximación a los conocimientos, prácticas y especialidades de la medicina ancestral en la ciudad.

Inicialmente se presentan las categorías de análisis que constituyen el soporte conceptual para comprender los saberes y prácticas en salud desde los sistemas de pensamiento propio de los pueblos indígenas, sin pretender establecer definiciones cerradas, sino más bien facilitar la comprensión de significados situados en torno a la salud, la enfermedad y la medicina ancestral. Posteriormente, se desarrolla una caracterización demográfica, territorial y socioeconómica de los sabedores y sabedoras, ofreciendo un panorama general de sus condiciones de vida y prácticas en la ciudad.

En un segundo momento, se aborda la caracterización de la práctica de la medicina ancestral, incluyendo las formas de ejercicio, los procesos de transmisión del conocimiento y su relación con el sistema de salud occidental. Con base en el análisis de estas fuentes primarias, se formulan recomendaciones dirigidas a la pervivencia, el fortalecimiento y la proyección de las prácticas y roles de los sabedores y sabedoras. Finalmente, se presenta una descripción detallada de las especialidades de los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral, de acuerdo con la

cosmovisión propia de cada pueblo, incorporando los saberes etnomédicos y las adaptaciones interculturales que se han incorporado para la atención de las comunidades en el contexto de ciudad.

1. Categorías de análisis

En este apartado se presentan tres categorías de análisis que guían la organización de la información recolectada y permiten visibilizar los conceptos propios construidos por los pueblos indígenas en el marco de esta caracterización. Estas categorías buscan aportar a la comprensión de significados situados en torno a la salud, la enfermedad y la medicina propia, desde las perspectivas y sistemas de pensamiento de cada pueblo. Su desarrollo posibilita una exposición ordenada de estas nociones y facilita su análisis comparativo dentro del proceso de caracterización.

A continuación, se describen las categorías de análisis vinculadas a los conceptos propios indígenas:

Saber etno-médico: Se entienden como aquellas formas en que los pueblos preservan la salud y el bienestar a partir de su conocimiento propio caracterizado por prácticas, especialidades y significados culturales desde una visión holística. Aquí se incluyen los usos de plantas medicinales, masajes, rituales, búsquedas de la armonía y las funciones y experticia de los sabedores y sabedoras en medicina propia, cumpliendo así un rol central en la transmisión de saberes.

Adaptaciones interculturales: se entiende como las estrategias implementadas por los pueblos indígenas para mantener sus prácticas ancestrales en la salud y medicina propia, y adecuarlas a la vida en contexto urbano, con el objetivo de mantener y fortalecer la cultura propia, en donde los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral cumplen un papel clave en la preservación y transmisión de conocimiento o saberes de la cultura indígena. Identificando como el contexto urbano ha generado pérdida como transformación de prácticas en el contexto de la salud y la medicina ancestral.

Lugares de Práctica: hace referencia tanto al alcance geográfico, entendido como el territorio o área física donde los sabedores y sabedoras de medicina ancestral desarrollan sus prácticas y saberes, como a la influencia, relacionada con el reconocimiento, legitimidad e impacto que ejercen en sus comunidades. Estos lugares no se restringen únicamente a una ubicación geográfica; también comprenden espacios espirituales y simbólicos donde convergen la memoria ancestral, las energías del territorio y las relaciones que sustentan el ejercicio del saber propio. Asimismo, los lugares de práctica constituyen escenarios donde se recrean y transmiten los saberes ancestrales, a través de los cuales los sabedores y sabedoras materializan su relación con el territorio y con las fuerzas espirituales que lo habitan, orientando procesos de cuidado, equilibrio y armonización de la salud a partir de su cosmovisión.

2. Caracterización Sociodemográfica, Territorial y Poblacional de los/as Sabedores/as de la Medicina Ancestral

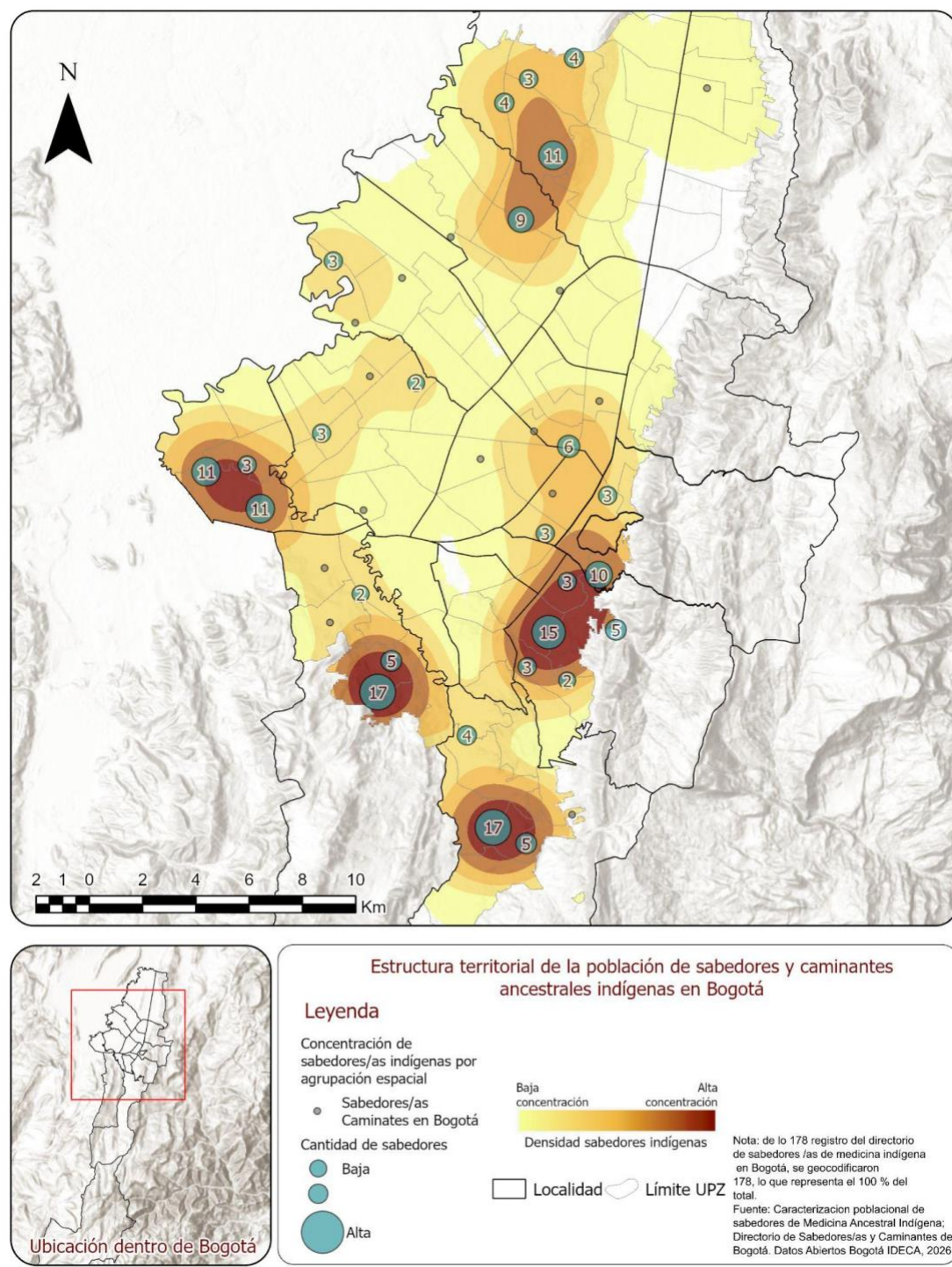
El proceso de caracterización se desarrolló mediante la aplicación de dos instrumentos, siendo el primero el directorio, el cual permitió recopilar información sobre la población total de sabedores y sabedoras a nivel distrital. A partir de este instrumento, se registró un total de 178 sabedores(as) pertenecientes a 14 pueblos indígenas, lo que evidencia una participación significativa de actores clave en la preservación del saber ancestral. De este total, el 55,6 % (99) corresponde a hombres y el 44,4 % (79) a mujeres, reflejando una distribución relativamente equilibrada en términos de género. El dato sugiere que el conocimiento de la medicina ancestral no está concentrado exclusivamente en un solo género, sino que circula entre hombres y mujeres, lo que refleja una dinámica de transmisión más diversa y complementaria. Esta distribución abre la posibilidad de fortalecer enfoques interculturales que reconozcan los distintos roles y especializaciones de género.

En relación con la composición por grupos etarios, se identificó que el 6,2 % (11) se encuentra en etapa de juventud, el 63,5 % (113) en adultez y el 30,3 % (54) en vejez. La evidencia sugiere que estos grupos etarios concentran gran parte de los saberes, asumiendo funciones clave como guardianes y transmisores de las prácticas y conocimientos ancestrales. Por su parte, la población joven suele participar principalmente como aprendiz y, en diversos contextos, presenta una menor vinculación práctica con estos saberes. Esta situación pone de manifiesto una brecha generacional que resalta la necesidad de fortalecer los mecanismos de transmisión intergeneracional y promover un mayor reconocimiento social de los sabedores y sabedoras en el contexto urbano.

A través de la caracterización de los 178 sabedores, sabedoras y/o caminantes o aprendices de la medicina ancestral y su dirección de residencia, se desarrolló un proceso riguroso de geocodificación orientado a lograr la cobertura total de los registros, con el objetivo de construir una lectura territorial integral de su distribución espacial en la ciudad. Este ejercicio se da en el marco de comprender las dinámicas espaciales en las que se inscriben las prácticas de sanación en los pueblos indígenas de la ciudad de Bogotá. A esta escala se fundamenta la interpretación de la relación entre la ubicación del sabedor y los factores protectores y deteriorantes presentes en cada localización.

Tal como se refleja en la Figura 1, el mapa a escala distrital ilustra la localización espacial de los sabedores, sabedoras y caminantes indígenas en Bogotá caracterizados. Se evidencia que su distribución en la ciudad es heterogénea, organizados por concentraciones territoriales diferenciadas, asociadas a los asentamientos de sus propias comunidades establecidas. Estas concentraciones no son uniformes, se estructuran en localidades especialmente del centro, sur, suroccidente y noroccidente de la ciudad, puntos con atributos de nodos- anclas para las acciones en medicina ancestral indígena.

Figura 1. Mapa de sabedores/as por lugar de residencia en Bogotá.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en el Directorio de Caracterización de Sabedores/as y Caminantes, implementado en el marco de la investigación.

El segundo instrumento empleado fue la ficha de caracterización, diseñada con el fin de profundizar en sus condiciones demográficas, territoriales, socioeconómicas y en las prácticas de salud que desarrollan. La aplicación de este instrumento se dirigió al mayor número posible de sabedores y sabedoras. En consecuencia, se obtuvo una muestra de 137 sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral, la cual constituye la base del análisis presentado en este capítulo. A partir de esta muestra, se desarrollan los siguientes análisis, permitiendo una comprensión más detallada de las características y de las dinámicas que configuran su rol dentro de los pueblos indígenas.

2.1. Caracterización demográfica

Para dimensionar la disponibilidad de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral en relación con la población de cada pueblo indígena, se presenta a continuación un análisis de tasas por cada mil habitantes. Este ejercicio permite establecer una medida comparativa que refleja la densidad de sabedores en cada comunidad, facilitando la identificación de diferencias en su presencia relativa y en las posibilidades de acceso a prácticas propias de cuidado en salud. Además, aporta elementos para comprender las dinámicas de fortalecimiento, continuidad o debilitamiento de los sistemas de medicina ancestral en Bogotá.

Tabla 1.

Distribución y tasa de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral por cada mil habitantes según pueblo indígena en Bogotá.

Pueblo	Población total	Sabedores/as	Caminantes y/o Aprendices	Tasa de Sabedores	Tasa de Caminantes
Eperārā Siapidaara	83	6	8	72,3	96,4
Inga	850	8	7	9,4	8,2
Kamēntsá	276	3	1	10,9	3,6
Kichwa	2322	6	1	2,6	0,4
Misak Misak	218	1	2	4,6	4,2
Muisca de Bosa	4889	15	1	3,1	0,2

Muysca de Suba	10715	13	6	1,2	0,6
Nasa	154	6	0	39,0	0
Los Pastos	981	8	5	8,2	5,1
Pijao	2633	16	1	6,1	0,4
Tubü Hummürimassa	129	7	0	54,3	0
Uitoto	505	5	0	9,9	0
Wounaan Nonam	312	5	0	16,0	0
Yanacona	222	6	0	27,0	0
Total	24.289	105	32	4,3	1,3

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as, aplicadas en el marco de la investigación.

El análisis de la relación entre el número de sabedores y la población por pueblo indígena evidencia una distribución desigual en la disponibilidad de sabedores de medicina ancestral en el contexto urbano. En términos generales, la tasa global es de 4,4 sabedores por cada 1.000 habitantes, lo que constituye un referente promedio para el conjunto de pueblos analizados²¹.

La mayoría de los pueblos presentan bajas tasas de sabedores/as y una presencia aún más limitada de caminantes, lo que sugiere debilidades estructurales en los procesos de relevo generacional. Dentro de este comportamiento se ubican varios pueblos con características relativamente homogéneas.

El pueblo Inga, con una población de 850 personas, cuenta con una tasa de sabedores de 9,4% (8) y una tasa de caminantes de 8,2% (7), situándose en un rango medio tanto en transmisión como en relevo. De manera similar, el pueblo Kamëntsá, con 276 personas, registra una tasa de sabedores de 10,9% (3) y una tasa de caminantes de 3,6% (1), mostrando una proporción relativamente estable de sabedores, aunque con menor presencia de aprendices.

Por su parte, el pueblo Kichwa, con 2322 personas, presenta una tasa de sabedores de 2,6% (6) y una tasa de caminantes de 0,4% (1), evidenciando una baja proporción en ambas categorías. Esta misma tendencia se observa en el pueblo Muisca Bosa, con 4889 habitantes, que registra una tasa de sabedores de 3,1% (15) y una tasa de caminantes de 0,2% (1), así como en el

²¹ Las tasas presentadas en este documento se calculan por cada 1.000 habitantes. No obstante, es importante advertir que algunos de los pueblos analizados (p. ej., Eperârã, Tubü, Nasa) cuentan con tamaños poblacionales reducidos.

pueblo Muisca Suba, que con 10715 personas presenta una tasa de sabedores de 1,2% (13) y una tasa de caminantes de 0,6% (6). En estos casos, aunque los valores absolutos pueden ser mayores, las tasas reflejan una débil presencia proporcional.

El pueblo Pastos, con 981 personas, cuenta con una tasa de sabedores de 8,2% (8) y una tasa de caminantes de 5,1% (5), ubicándose en un nivel intermedio. Por su parte, el pueblo Pijao, con 2633 habitantes, presenta una tasa de sabedores de 6,1% (16) y una tasa de caminantes de 0,4% (1), manteniéndose dentro del patrón general con bajo relevo. En el caso del pueblo Uitoto, con 505 personas, se registra una tasa de sabedores de 9,9% (5) y una tasa de caminantes de 0% (0), lo que evidencia una situación en la que existe conocimiento, pero sin continuidad generacional.

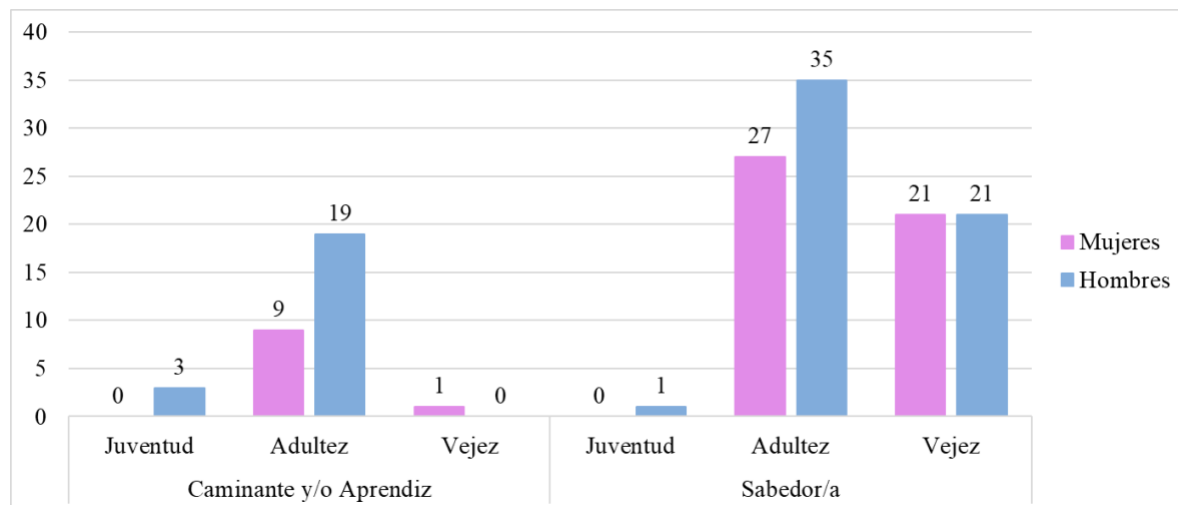
En contraste con este comportamiento general, se identifican pueblos que presentan valores extremos, especialmente en la proporción de sabedores/as. El pueblo Eperara, con una población de 83 personas, destaca de manera excepcional con una tasa de sabedores de 72,3% (6) y una tasa de caminantes de 96,4% (8), constituyéndose en el caso más alto tanto en conocimiento como en relevo generacional, en clara diferencia con el resto de los pueblos analizados.

Otros pueblos presentan altas tasas de sabedores/as pero ausencia de caminantes, lo que configura un escenario crítico en términos de sostenibilidad del conocimiento. Tal es el caso del pueblo Tubu, con 129 personas, que registra una tasa de sabedores de 54,3% (7) y una tasa de caminantes de 0% (0); el pueblo Nasa, con 154 personas, con una tasa de sabedores de 39% (6) y 0% (0) de caminantes; el pueblo Yanacona, con 222 personas, con una tasa de sabedores de 27% (6) y 0% (0) de caminantes; y el pueblo Wounaan Nonam, con 312 personas, con una tasa de sabedores de 16% (5) y 0% (0) de caminantes. Estos casos reflejan una alta concentración de sabiduría tradicional sin mecanismos visibles de transmisión.

En términos generales, si bien existe una base importante de conocimiento ancestral en la ciudad, su distribución es desigual entre los pueblos. Esto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias diferenciadas que reconozcan las particularidades de cada comunidad, especialmente en lo relacionado con la transmisión del conocimiento y las condiciones para el ejercicio de la medicina ancestral en contextos urbanos.

La caracterización de la población según sexo, curso de vida y rol comunitario evidencia una distribución diferencial que permite reconocer la estructura de participación dentro de la estrategia.

Figura 2. *Caracterización de sabedores/as y caminantes en medicina ancestral, según sexo, curso de vida y rol comunitario.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

En el rol de caminante y/o aprendiz, la participación se concentra principalmente en la adultez, con mayor representación masculina (19 hombres frente a 9 mujeres), mientras que la presencia en juventud y vejez es mínima. Este comportamiento es consistente con lo observado en las pirámides poblacionales del capítulo 3, donde se evidencia una mayor proporción de población entre los 28 y 59 años, lo que explica la concentración de la participación en este grupo etario. No obstante, esta tendencia también sugiere una baja vinculación de la población joven, especialmente de mujeres, en los procesos de formación, aprendizaje y relevo generacional, lo que constituye un aspecto crítico para la sostenibilidad de la estrategia en el mediano y largo plazo.

En relación con el rol de sabedor/a, se identifica un mayor volumen poblacional en comparación con el grupo de caminantes y aprendices, con predominio igualmente de la adultez (35 hombres y 27 mujeres). Resulta especialmente relevante la participación de la población en vejez, donde se presenta una distribución equitativa entre hombres y mujeres (21 casos en cada sexo). Esto refleja la importancia de las personas mayores como portadoras del conocimiento ancestral, la memoria colectiva y las prácticas culturales propias. Desde una perspectiva sociocultural, este hallazgo es consistente con el papel tradicional que desempeñan las personas mayores en la transmisión de saberes, orientaciones espirituales, prácticas de cuidado y fortalecimiento identitario. Desde un enfoque diferencial, la baja participación de la juventud en ambos roles evidencia la necesidad de fortalecer acciones orientadas al relevo intergeneracional de saberes.

2.2. Caracterización territorial

La distribución territorial de los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral en Bogotá, no responde a dinámicas aleatorias, sino a procesos específicos vinculados con los asentamientos históricos de sus comunidades, las formas de articulación comunitaria y la reproducción de su cultura en contextos urbanos. En este sentido, los pueblos indígenas configuran escenarios de reterritorialización que implican la reorganización de sus prácticas, saberes y redes de cuidado de la salud, los cuales se estructuran a partir de las limitaciones y posibilidades sociales, simbólicas y materiales presentes en las distintas localidades de la ciudad.

La información recolectada en las fichas de caracterización y guías junto con la representación espacial, a través de ejercicios cartográficos, permite identificar patrones de concentración y nodos territoriales significativos para las comunidades indígenas. En estos espacios se articulan las prácticas de la medicina ancestral, se consolidan redes comunitarias y se dinamizan las formas organizativas propias.

Por su parte, la procedencia de la mayoría de sabedores, sabedoras y caminantes desde diferentes resguardos y parcialidades indígenas ubicadas fuera de Bogotá; o, dentro de un territorio transformado por la expansión urbana, como es el caso de los Pueblos Muisca, responde a múltiples factores estructurales que han impulsado procesos de movilidad y desplazamiento forzado hacia la capital, consolidándose históricamente como un centro receptor de diversas dinámicas migratorias.

En términos generales, estas movilidades están asociadas a presiones sobre los territorios ancestrales, tensiones económicas, tanto legales como ilegales, el conflicto armado, entre otros factores que afectan la sostenibilidad de sus tradiciones, así como el equilibrio y la armonía espiritual. En consecuencia, la llegada a la ciudad se configura bajo una lógica de migración que transforma sus condiciones de vida y configura el ejercicio de sus prácticas en medicina ancestral.

En este contexto, la pervivencia cultural en el ámbito urbano no se limita a una presencia física, sino que se expresa también en procesos de transformación simbólica y adaptación constante. Estas dinámicas permiten que las prácticas ancestrales se resignifiquen en la ciudad, aunque también exponen a los sabedores y sabedoras a escenarios de tensión propios del entorno urbano, especialmente en zonas periféricas, donde enfrentan condiciones complejas relacionadas con el acceso a servicios, la disponibilidad de espacios naturales, los mercados locales y las dinámicas socioeconómicas.

2.2.1. Distribución territorial en Bogotá

Para el análisis espacial de las relaciones de ubicación de los sabedores indígenas en Bogotá, y la distribución espacial de los factores protectores y deteriorantes, se enfatizó en la realización de modelación de superficies de densidad a escala zonal. Esta construcción de las

capas de factores en salud fue previamente delimitada y desarrollada en el capítulo 4 y 6, según las cuales se determinaron zonas de estudio donde se aplicaron cartografías sociales. Se presentarán a continuación cuatro zonas las cuales se toman como unidad territorial analítica independiente, aun cuando los procesos de especialización y representación de los datos corresponden a una escala distrital.

Bajo esta perspectiva, sobre las capas elaboradas se aplicó el método de estimación de densidad Kernel, que ilustra la intensidad espacial de cada tipo de factor de forma continua; para este procedimiento, se homogeneizan ambas capas con un tamaño de celda de 30 metros y un radio de 500 metros que permite tener la dinámica a escala zonal y resaltar las configuraciones territoriales de la relación entre factores.

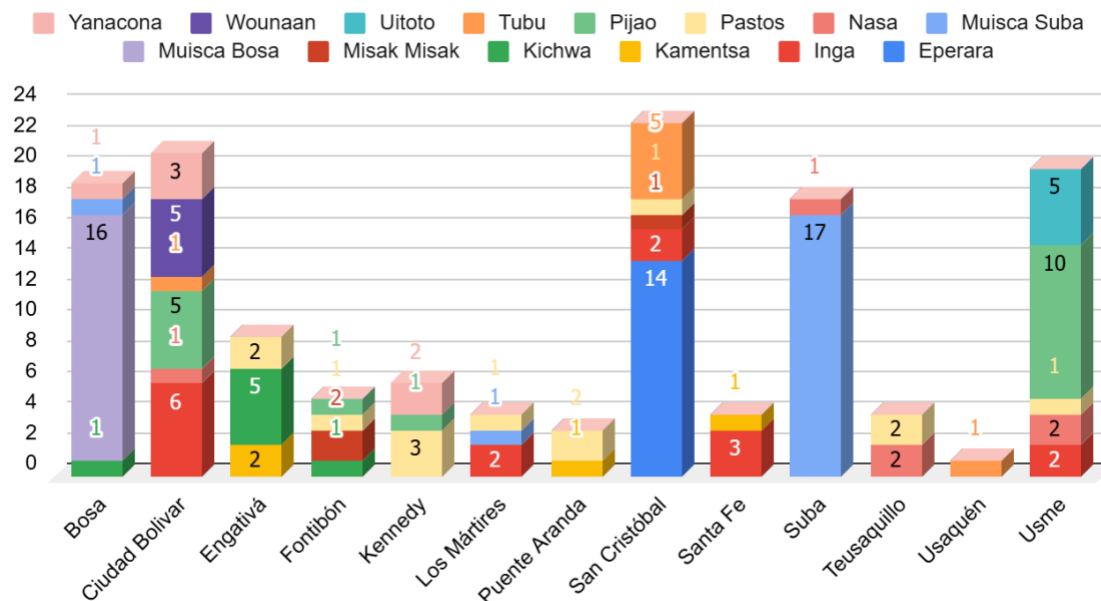
Una vez se obtuvieron estas características se construyó un balance territorial que busca encontrar las diferencias entre los factores protectores y deteriorantes de forma normalizada, lo que permite identificar mediante el gradiente espacial (del rojo al verde sobre el mapa) el predominio protector, equilibrio, o predominio deteriorante dentro de cada zona, obteniendo una herramienta analítica para la interpretación de las condiciones territoriales de cada sabedor.

Finalmente, el índice territorial se construyó a partir de la normalización de las superficies derivadas de las estimaciones de densidad para los factores en salud, tanto protectores como deteriorantes. Este procedimiento permitió estandarizar ambas superficies y hacerlas comparables en una misma escala. Posteriormente, mediante técnicas de álgebra de mapas, se realizó la diferencia entre dichas densidades, lo que permitió identificar espacialmente zonas de predominio protector, deteriorante y de condición mixta o de transición (representadas en las convenciones como balance territorial).

A este resultado se integró la capa de sabedores y sabedoras, clasificados según su nivel de arraigo en la ciudad (medido a partir del tiempo de residencia en Bogotá), lo que permitió analizar la relación entre las condiciones espaciales del entorno y los procesos de consolidación, vulnerabilidad, resistencia u oportunidad en el ejercicio de las prácticas de medicina ancestral en contextos urbanos.

En este análisis, la categoría de arraigo incorpora una distinción fundamental para los pueblos Muisca de Bosa y Muisca de Suba, cuyos procesos no responden a dinámicas migratorias. Dado que Bogotá constituye parte de su territorio de origen (o su lugar de nacimiento), estos casos fueron clasificados en la categoría de “origen territorial”, la cual representa el nivel más alto de arraigo y da cuenta de procesos de permanencia histórica en el territorio.

Figura 3. *Distribución de sabedores/as ancestrales caracterizados por localidad y pueblo. Bogotá 2026*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

La figura 3 presenta la distribución de sabedores/as y caminantes ancestrales por localidad y pueblo en Bogotá para el año 2026, manteniendo la tendencia espacial desigual y concentrada en focos de importancia para el distrito. Las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Suba concentran la mayor cantidad de sabedores, asociados a nodos territoriales antes nombrados, donde las prácticas de medicina ancestral tienen mayor impacto y continuidad, como se ve a continuación.

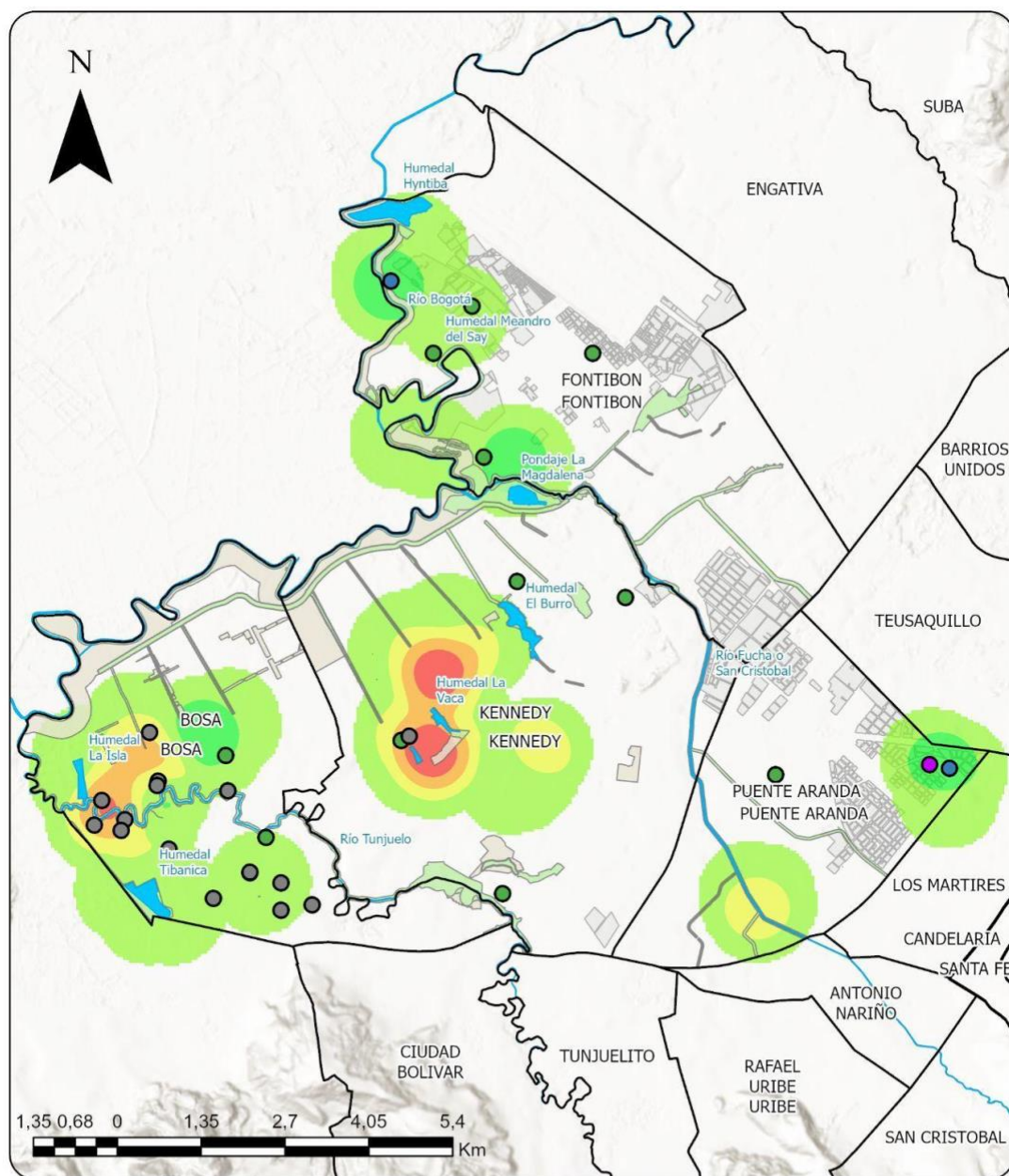
Las localidades de Suba y Bosa destacan por la alta presencia de sabedores y por su significado territorial para los pueblos muisca. Esto refuerza la condición de pueblos originarios de la ciudad de Bogotá y su arraigo histórico. En la misma línea, San Cristóbal y Ciudad Bolívar presentan alta concentración, pero con una importante diversidad de pueblos, lo que muestra cuales son los asentamientos en los procesos de migración, configurando territorios con alto nivel intercultural a escala distrital.

En la localidad de Usme, se reconoce una distribución relevante para el pueblo Pijao, configurándose como una localidad nodo específica; aunque presenta una menor diversidad de pueblos indígenas, cuenta con procesos de consolidación cultural. Por otro lado, existen pueblos, como los Nasa y Uitoto ya analizados en capítulos anteriores, que se encuentran en asentamientos informales, con problemáticas sociales de principal relevancia.

En general, la distribución de los sabedores/as no tiene una tendencia espacial homogénea al territorio urbano. Se organiza en función de las dinámicas de asentamiento y

arraigo, territorio origen y procesos de reterritorialización, lo que configura en la ciudad una geografía diferencial en cuanto a las prácticas de salud ancestral en Bogotá.

Figura 4. *Mapa de sabedores/as por lugar de residencia en el suroccidente de Bogotá*



Sabedores/as y caminantes indígenas: relaciones territoriales entre arraigo y condiciones de protección y deterioro, zona suroccidente de Bogotá

Sabedores/as, caminantes
Tiempo de residencia en
Bogotá

- Entre 1 a 5 años
- Entre 5 a 10 años
- Más de 10 años
- Origen territorial

Balance territorial
Protección-deterioro

- Muy deteriorado
- Deteriorado
- Mixto / transición
- Protector
- Muy protector

Estructura ecológica
principal

- Zonas de conservación
- Áreas Protegidas SINAP
- Áreas complementarias para la conservación

Áreas de especial
importancia
ecosistémica

- Localidad
- Cuerpos de agua
- Zona industrial
- Localidad

Fuente: Ficha de caracterización Sabedores/as y Caminantes Medicina Ancestral Indígena
Factores protectores y deteriorantes resultado de la aplicación de cartografías sociales.
Datos Abiertos Bogotá. la IDECA de Bogotá, 2025

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

Desde los ejercicios de cartografías participativas y el diligenciamiento de las fichas de caracterización, se evidencia que la zona suroccidental de Bogotá se configura como uno de los principales nodos distritales de concentración de sabedores y sabedoras de medicina ancestral indígena. Las localidades de Bosa, Kennedy y Fontibón presentan una estrecha relación con territorios marcados por una alta presencia de factores deteriorantes, los cuales inciden de manera directa en el desarrollo y continuidad de estas prácticas.

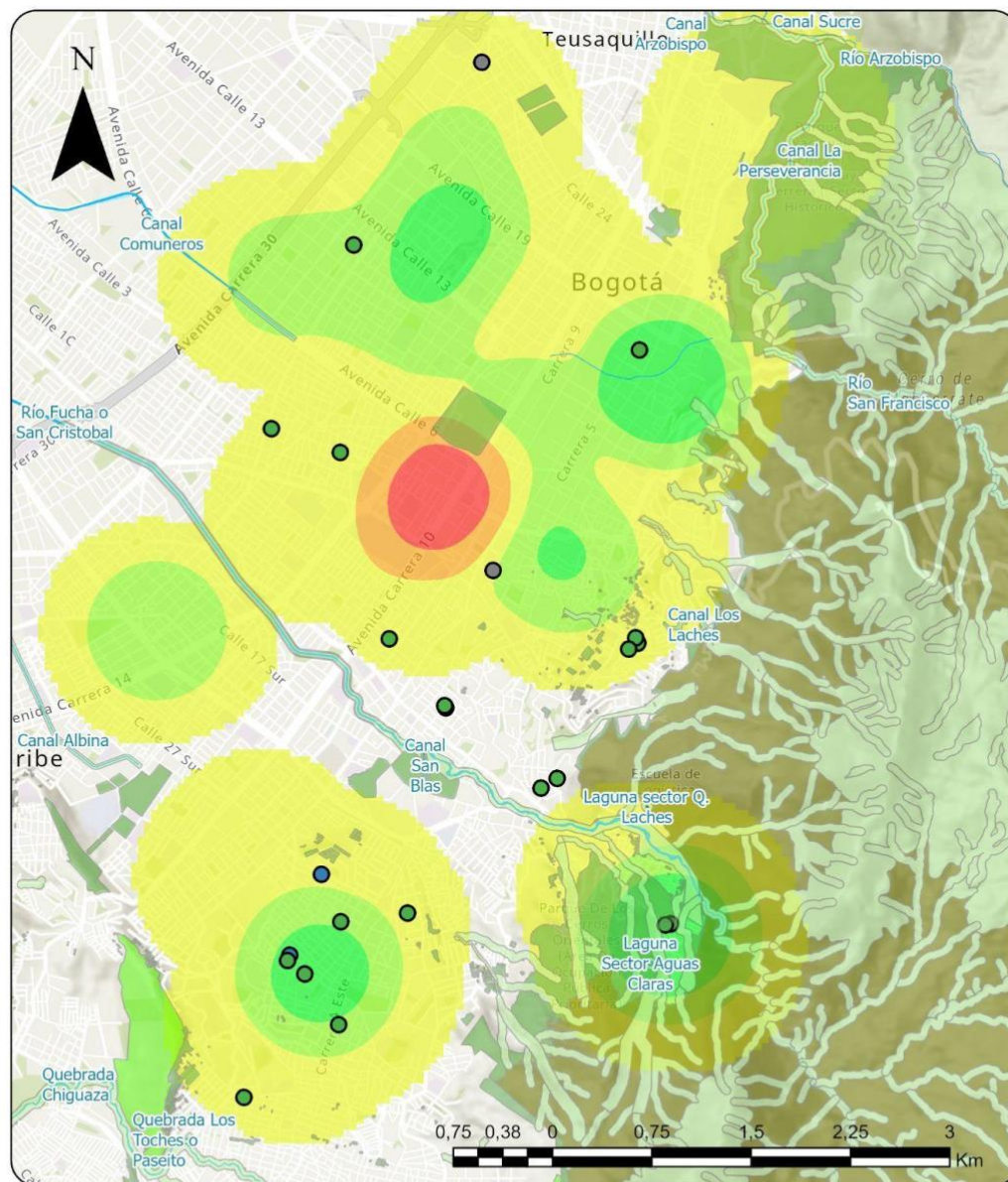
En primer lugar, estos factores se encuentran asociados a procesos históricos de transformación del territorio. La expansión urbana no planificada ha reconfigurado los espacios tradicionalmente habitados por los pueblos indígenas, generando desigualdades espaciales que persisten en la actualidad y que afectan las condiciones materiales y simbólicas para el ejercicio de la medicina ancestral. En este contexto, territorios como Bosa y Fontibón adquieren una relevancia particular, no solo por la concentración de sabedores, sino por la presencia de estructuras organizativas propias como los núcleos de gobernanza y simbólicos como el cabildo Muisca de Bosa, el Qusmuy o el cabildo Misak Misak, que evidencian procesos de permanencia y continuidad territorial en medio de dinámicas urbanas adversas.

En segundo lugar, la precariedad en la infraestructura urbana limita los flujos territoriales necesarios para el desarrollo de estas prácticas. Las dificultades de acceso, asociadas a largas distancias, la limitada cobertura de transporte público y las condiciones de iluminación, complejizan la movilidad tanto de los sabedores como de las personas que acuden a los procesos de atención. Conexiones estratégicas como el puente San José (interceptor Canoas) y el puente Getsemaní representan puntos críticos que afectan los desplazamientos hacia los nodos de cuidado, exponiendo no solo la práctica tradicional, sino también la seguridad de las comunidades. De manera similar, en la localidad de Fontibón, la avenida Centenario se configura históricamente como uno de los principales ejes de acceso hacia sectores como Casablanca, en la confluencia de los ríos Fucha y Bogotá, donde también se reconoce la presencia organizativa del cabildo Muisca, lo que refuerza la importancia de estos territorios en la reproducción de prácticas ancestrales.

En tercer lugar, se identifican procesos de deterioro eco-territorial asociados a la contaminación de espacios naturales y seminaturales, particularmente en los corredores del río Bogotá, el río Fucha y el río Tunjuelo. Estos territorios, que históricamente han tenido un carácter sagrado y funcional para las prácticas de sanación, presentan actualmente altos niveles de degradación ambiental y una percepción de inseguridad vinculada, entre otros factores, al consumo de sustancias psicoactivas. Esta situación configura escenarios de exclusión para el desarrollo de prácticas ancestrales, limitando el acceso y uso de estos espacios por parte de las comunidades indígenas.

No obstante, el análisis espacial evidencia que una proporción significativa de sabedores con alto tiempo de residencia en la ciudad (e incluso con origen territorial) se localiza en zonas con condiciones de deterioro elevado. Esto permite interpretar estos territorios no únicamente como espacios de exclusión, sino como escenarios de resistencia territorial, donde el arraigo no se traduce necesariamente en condiciones favorables, sino en la capacidad de permanencia y adaptación frente a entornos adversos. En estos contextos, los sabedores sostienen sus prácticas en medio de problemáticas sociales urbanas, precariedad en infraestructura y procesos de deterioro eco-territorial, asociados a dinámicas de urbanización acelerada, alta densidad poblacional y limitaciones en el acceso a servicios y espacios adecuados para el ejercicio de la medicina ancestral.

Figura 5. *Mapa de sabedores/as por lugar de residencia en el centro- oriente de Bogotá.*



Sabedores/as y caminantes indígenas: relaciones territoriales entre arraigo y condiciones de protección y deterioro, zona centro oriente de Bogotá

Sabedores/as, caminantes	Balance territorial	Estructura ecológica principal	Áreas complementarias para la conservación
Tiempo de residencia en Bogotá	Protección-deterioro	Zonas de conservación	Áreas de especial importancia ecosistémica
Entre 1 a 5 años	Muy deteriorado	Áreas Protegidas SINAP	Cuerpos de agua
Entre 5 a 10 años	Deteriorado		
Más de 10 años	Mixto / transición		
Origen territorial	Protector		
	Myu protector		

Fuente: Ficha de caracterización Sabedores/as y Caminantes Medicina Ancestral Indígena
Factores protectores y deteriorantes resultado de la aplicación de cartografías sociales.
Datos Abiertos Bogotá, la IDECA de Bogotá, 2025

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

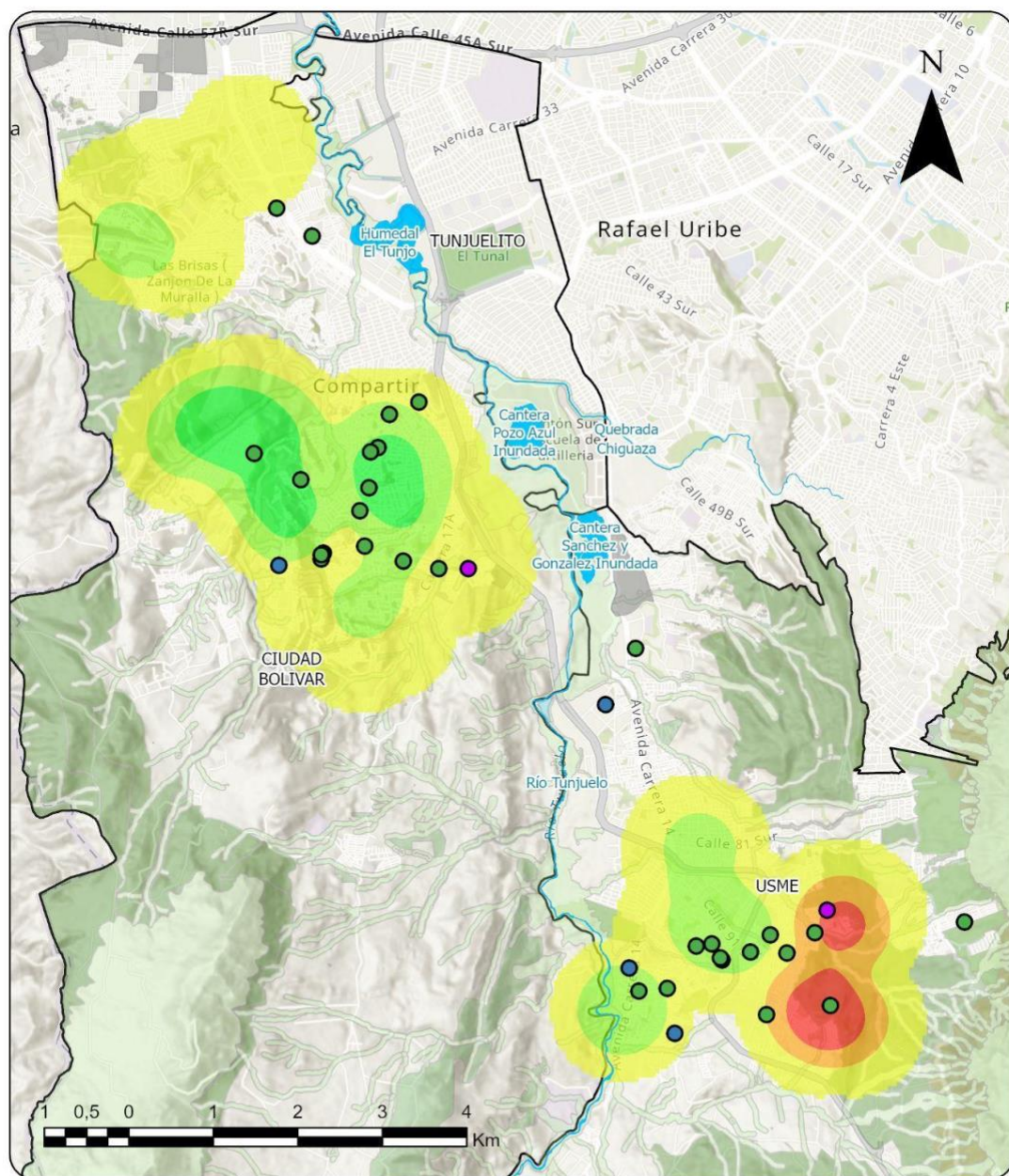
La zona céntrica de la ciudad es un escenario de configuración fragmentada y con fuertes contrastes que, si bien conviven con las comunidades y los sabedores indígenas, históricamente han generado núcleos deteriorantes, principalmente en relación con problemáticas sociales como el uso y abuso de SPA, la habitabilidad en calle y la violencia e inseguridad. Estos corredores contrastan con la presencia del borde oriental y suroriental de los cerros. Desde el mapa, se evidencia el principal foco de deterioro localizado en la zona ubicada entre Los Mártires, Candelaria, Santa Fe y San Cristóbal, ya que presentan cargas más altas de factores deteriorantes, pero que son salvaguardados por lugares de memoria, como los identificados por el pueblo Inga en el capítulo 4. El cabildo inga y el cabildo indígena de Bogotá, así como CPI Shinyak del pueblo Kamëntsa, localizado en el barrio San Bernardo.

En esta zona de la ciudad, se observa presencia de sabedores de alto o muy alto arraigo, ya que llevan más de 10 años de práctica de la medicina ancestral en la ciudad Bogotá, y que ahora se establecen en las zonas céntricas, particularmente en San Cristóbal, Santa Fe y Los Mártires. Una gran parte se establece en San Cristóbal: pueblos como Tubu Hummürimassa, Inga o Eperara Siapidaara quienes muestran predominio de trayectorias largas. Es de relevancia señalarlos ya que el mapa muestra varios sabedores de larga permanencia en ésta, no sólo en zonas protectoras, sino en áreas mixtas donde hay riesgos de focos deteriorantes. Esto habla de la resistencia y la pervivencia de los pueblos indígenas en el centro de la ciudad.

Con un arraigo intermedio o menor, estas trayectorias territoriales se relacionan principalmente en áreas mixtas entre factores protectores y deterioras, donde hay mayores condiciones de vulnerabilidad frente a las presiones presentes en las zonas. Además, la relación con la estructura ecológica principal es más visible que en otros sectores por su cercanía a los cerros orientales, cuerpos de agua y su biodiversidad. Los focos protectores más claros coinciden con bordes de quebradas, canales, lagunas o áreas de conservación del oriente y suroriental.

No se trata, entonces, sólo de dónde hay menos deterioro, sino de qué tipo de espacialidad sigue ofreciendo soporte territorial y simbólico para las prácticas de medicina ancestral. Por eso, centro-oriental no puede leerse únicamente como un espacio de presión urbana central; también aparece como una zona donde los sabedores articulan su permanencia con corredores eco-territoriales residuales, que conservan importancia para el cuidado, la circulación y la relación cuerpo-territorio.

Figura 6. *Mapa de sabedores/as por lugar de residencia en el sur de Bogotá.*



Sabedores/as y caminantes indígenas: relaciones territoriales entre arraigo y condiciones de protección y deterioro, zona sur de Bogotá

Ficha_Sabedores__Sur
Tiempo de residencia en Bogotá

- Entre 1 a 5 años
- Entre 5 a 10 años
- Más de 10 años
- Origen territorial

Balance territorial
Protección-deterioro

- Muy deteriorado
- Deteriorado
- Mixto / transición
- Protector
- Muy protector

Estructura ecológica principal

- Zonas de conservación
- Áreas Protegidas SINAP
- Áreas complementarias para la conservación

Áreas de especial importancia ecosistémica

- Localidad
- Cuerpos de agua
- Zona industrial

Fuente: Ficha de caracterización Sabedores/as y Caminantes Medicina Ancestral Indígena
Factores protectores y deteriorantes resultado de la aplicación de cartografías sociales.
Datos Abiertos Bogotá. la IDECA de Bogotá, 2025

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

La estructura general para el sur de la ciudad ofrece dos focos importantes donde los sabedores y sabedoras viven y practican la medicina ancestral. El primero de ellos es la transición de las UPZ Lucero y El Tesoro; el segundo de ellos es en la localidad de Usme, la zona colindante entre la UPZ Comunero y Gran Yomasa.

Estas dos localidades, junto con estos focos, desarrollan territorialidades diferenciadas, que, si bien se caracterizan por tener en sus cercanías zonas de interacción de alta protección eco-territorial, hay focos de deterioro que generan bastante riesgo, esto asociado a los procesos de expansión urbana, inseguridad y violencias. Ambas localidades tienen como característica central la trayectoria que tienen los sabedores en su conocimiento en medicina ancestral, teniendo en su gran mayoría, personas con más de diez años de residencia en la ciudad.

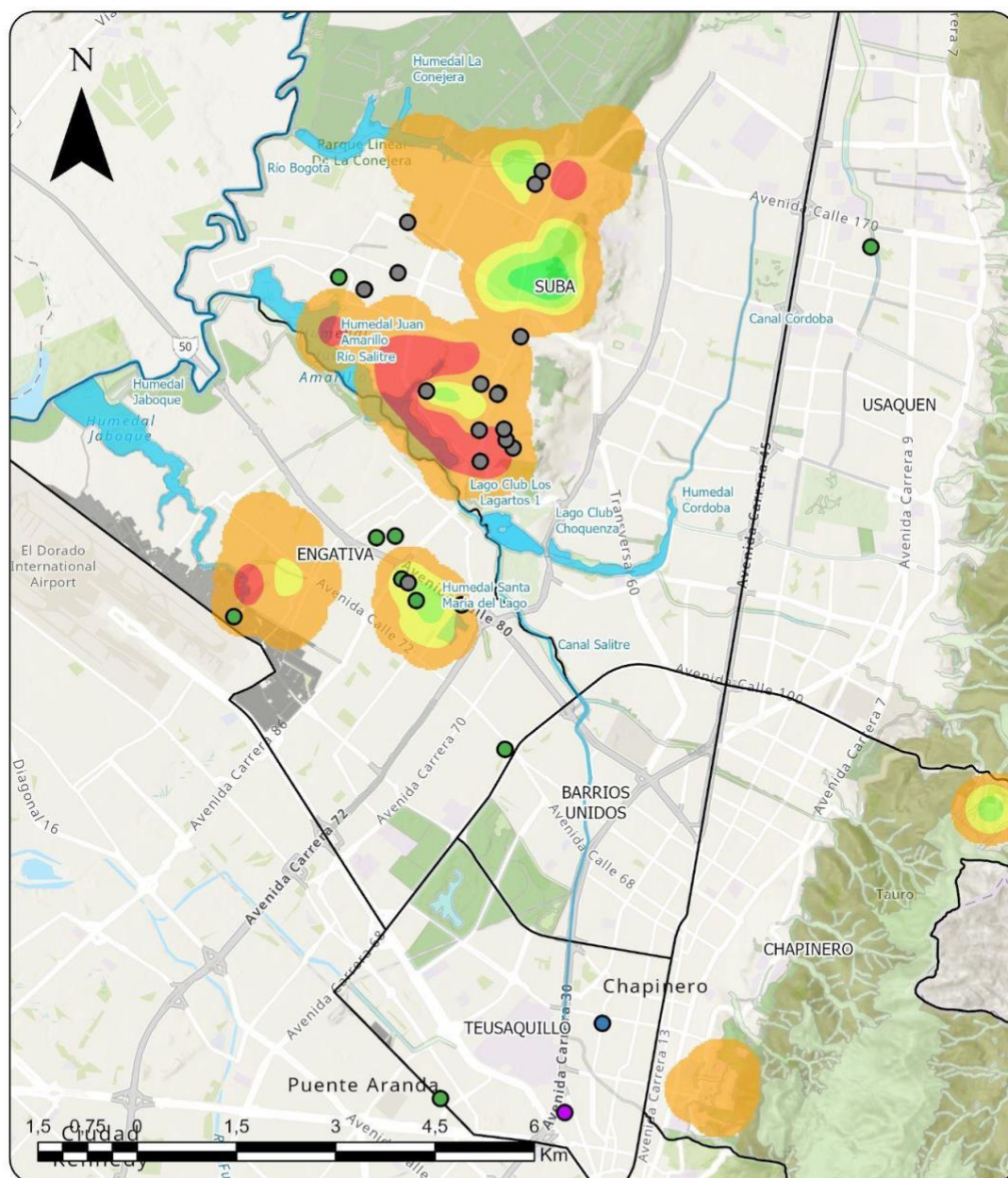
En Ciudad Bolívar, la concentración de sabedores y sabedoras se presenta mayoritariamente en zonas con condiciones protectoras o mixtas, lo que, en conjunto con el predominio de trayectorias de larga permanencia en la ciudad, permite interpretar este territorio como un escenario de consolidación territorial. En estos espacios, el alto nivel de arraigo se articula con condiciones ambientales relativamente favorables, lo que posibilita una mayor estabilidad en el ejercicio de las prácticas de medicina ancestral, así como mejores condiciones para la circulación, el acceso a insumos y la reproducción de saberes.

En contraste, la localidad de Usme presenta una configuración más heterogénea, donde coexisten zonas de protección con focos específicos de deterioro, particularmente en sectores asociados a procesos recientes de urbanización. En estos contextos, la presencia de sabedores en áreas mixtas o cercanas a núcleos deteriorantes permite identificar escenarios de transición territorial, donde las prácticas de medicina ancestral se desarrollan en medio de tensiones entre la persistencia de condiciones eco-territoriales favorables y la presión derivada de la expansión urbana.

En estos espacios, el arraigo no solo expresa permanencia, sino también procesos de adaptación frente a cambios en las condiciones del territorio. Allí, hay que tener el lente sobre las partes más altas de la UPZ de Gran Yomasa y Alfonso López, donde se han asentado personas de comunidad indígena, como, Uitoto, en condición de informalidad.

Se evidencian entonces, además escenarios de vulnerabilidad territorial, la degradación ambiental, los conflictos de uso del suelo y la transformación acelerada del entorno que generan limitaciones para el desarrollo de prácticas de sanación y cuidado. En esta zona sur se configuran procesos de transformación al contar con personas con trayectoria holgada, pero expuestos a focos de deterioro de diferente nivel que configura el espacio en disputas y reconfiguración por el territorio, así como las condiciones de pervivencia de la medicina ancestral indígena.

Figura 7. *Mapa de sabedores/as por lugar de residencia en el norte de Bogotá.*



Sabedores/as y caminantes indígenas: relaciones territoriales entre arraigo y condiciones de protección y deterioro, zona norte de Bogotá



Fuente: Ficha de caracterización Sabedores/as y Caminantes Medicina Ancestral Indígena. Factores protectores y deteriorantes resultado de la aplicación de cartografías sociales. Datos Abiertos Bogotá. la IDECA de Bogotá, 2025

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

En la zona norte de la ciudad la mayoría de los sabedores están asentados en su territorio de origen, dado que, como sucede en Bosa, el pueblo Muysca mantiene su pervivencia en el territorio de Suba y su interacción más allá de los límites político-administrativos. Esta condición muestra un arraigo territorial fuerte, no solo por los nacidos en el territorio, sino por las trayectorias largas en las prácticas; estos procesos de proyección a futuro al tener sabedores y caminantes con trayectorias menores a 5 y 10 años de práctica, lo que habla de una continuidad y renovación en la zona norte de la ciudad.

Como ejes articuladores se identifican dos focos principales en relación con factores en salud; el primero de ellos se da sobre los cerros de Suba, territorio sagrado y ancestral de la comunidad Muysca de Suba, esta colina es una vertiente importante, ya que se toma como zona de alto valor, vital para la pervivencia frente al contexto urbano; el segundo foco importante, es el borde de los humedales Tibabuyes, Córdoba y Santa María Del Lago. En estos espacios naturales, si bien se configuran como lugares de reterritorialización importante, presentan condiciones de deterioro ambiental y social, asociados principalmente a la expansión urbana, la poca planificación sobre estos espacios, consumo de sustancias psicoactivas, la inseguridad derivada de espacios abiertos con baja iluminación y escasa presencia institucional; a esto se le puede sumar el acceso limitado a estos espacios, que si bien presentan procesos para el ingreso por parte de las instituciones distritales, muchas veces esta información no es incorporada a las prácticas de los pueblos, por lo que se presentan limitación de acceso a estos espacios por desconocimiento de tal información. Sin embargo, a pesar de estas condiciones, el agua y el acceso a estos en entorno naturales mantienen un carácter sagrado para los procesos de sanación, entre ellos el pueblo de Los Pastos, lo que evidencia la coexistencia de factores deteriorantes y protectores en un mismo espacio.

Como se evidencia, en estas zonas de la ciudad están presentes procesos que se superponen de una manera más homogénea que el resto de la ciudad; tiene alto valor en los espacios eco-territoriales y culturales, lo que lo hace generar una tensión estructural entre la expansión de estos procesos deteriorantes y la persistencia en los espacios donde históricamente han generado prácticas de cuidado. La alta presencia de sabedores, sabedoras y caminantes, es un camino de resistencia territorial, particularmente en zonas aledañas a los grandes cuerpos de agua que configuran la estructura ecológica principal, sobre todo en sentido al río Bogotá.

Desde este enfoque, las dinámicas territoriales en salud son resultado de condiciones sociales, económicas y territoriales que limitan o permiten la vida de las comunidades. La distribución desigual de los sabedores en la ciudad refleja directamente desigualdades en las condiciones de acceso a las prácticas y del cuidado propio, lo que influye sobre la capacidad de los pueblos para sostener sistemas a lo largo del tiempo en contextos urbanos degradados.

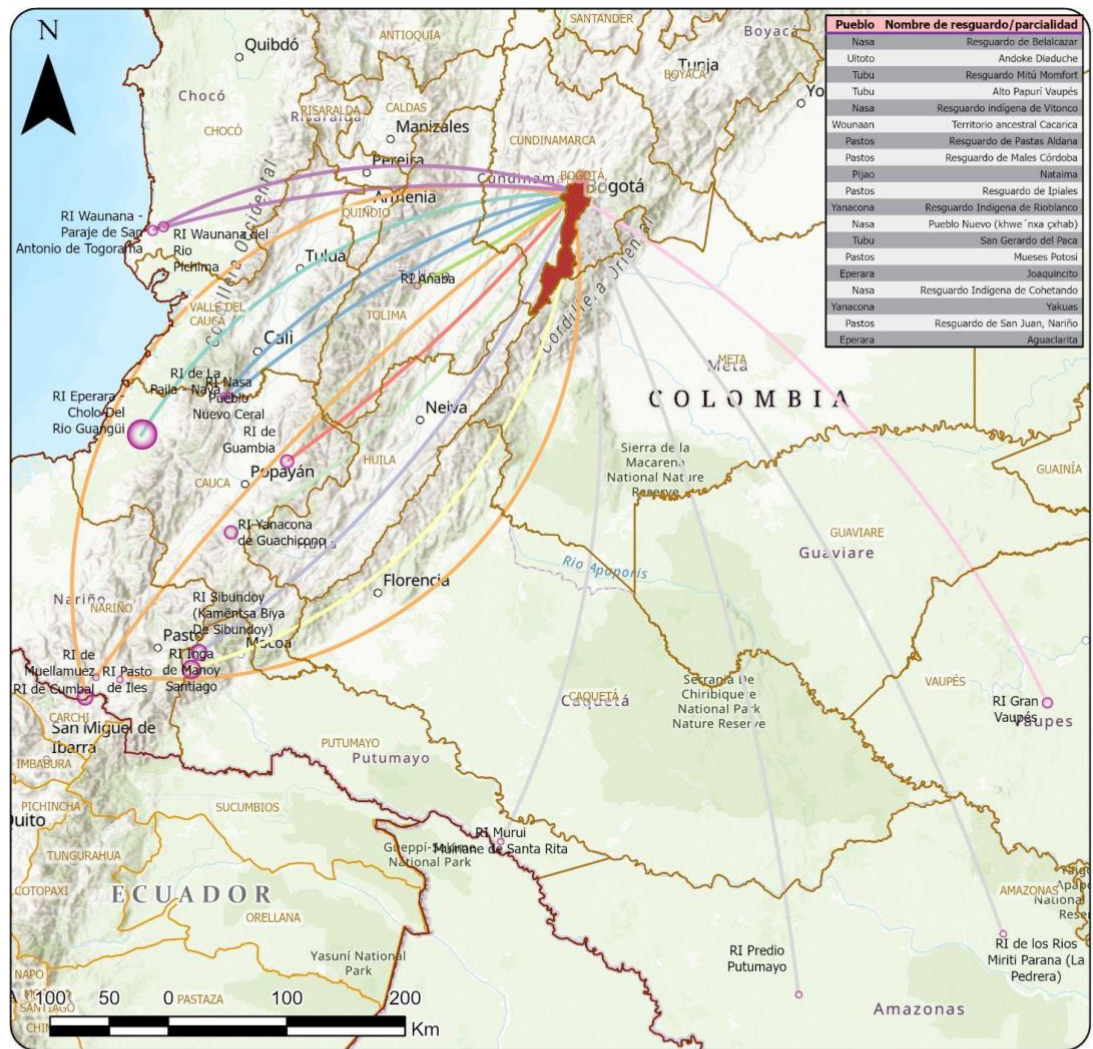
La distribución y las limitaciones hacia las prácticas de los sabedores pone en la retina las posibilidades de habitar transformar el espacio urbano en condiciones dignas que permitan romper con las desigualdades observadas en estas concentraciones. La dispersión de los actores en salud ancestral indígena evidencia limitaciones hacia el acceso a condiciones simbólicas, materiales y ambientales que son necesarias para el reconocimiento de los conocimientos en salud propios de cada pueblo. Existen particularidades de cada pueblo en relación con sus prácticas propias, a los procesos de reconfiguración y reterritorialización, así como el contexto espacial donde se desarrollan, que son expuestos pueblo por pueblo en el apartado de *Caracterización Cultural*.

2.2.2. Procedencia de resguardos indígenas

La procedencia de los sabedores/as desde la figura territorial de resguardo indígena abre un panorama a la comprensión de los flujos migratorios de poblaciones desplazadas o movilizadas de sus territorios de origen. Si bien dicha figura de resguardo formalizada por parte de la Agencia Nacional de Tierras (2024) es una muestra representativa (la única en los casos Inga, Kamëntsá y Misak Misak) de los lugares referenciados por los pueblos concernientes, dado a su vez por ambos cabildos muisca y el pueblo Kichwa que no aplican dentro de este ámbito; el análisis integra todos los territorios de origen demarcados ya sean parcialidades, municipalidades u otras espacialidades indígenas halladas. Análisis que es alimentado por las observaciones espaciales y los datos o indicadores sustraídos desde las *Fichas de Caracterización de Sabedores/as*.

Para iniciar, se plasma la cartografía respectiva de los resguardos indígenas (Figura 8), donde aproximadamente la mitad los sabedores/as proclaman un resguardo o parcialidad indígena de procedencia señalando así, en primera instancia, un contexto regional diverso para las prácticas etnomédicas ejercidas en el territorio receptor de Bogotá. Adicionalmente, se debe considerar la influencia directa de los resguardos con mayor proporción de sabedores/as asentados en la ciudad (p.e. el mayoritario de Eperara Siapidara con once sabedores), o incluso aquellos que representan la totalidad de sus procedencias, ya que definen dinámicas territoriales urbanas de acuerdo con los saberes específicos locales, los cuales se profundizan en las caracterizaciones respectivas más adelante. Con este espectro múltiple de resguardos indígenas junto con otros territorios que trascienden los límites políticos administrativos se establece que el entorno físico es el agente por el cual se rigen las herencias culturales y espirituales en torno a los procesos de salud ancestral.

Figura 8. Mapa de resguardos indígenas de procedencia de los sabedores/as en Bogotá.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

Por consiguiente, se parte de un análisis regional donde se identifican tres ejes: la cadena predominante de los pueblos andinos, desde los valles interandinos y el macizo colombiano hasta el alcance transnacional con el país de Ecuador; el litoral pacífico en su larga extensión y segmentación de borde costero; y la vasta zona amazónica de gran dispersión entre comunidades dada la densidad selvática. Con esta identificación regional se desglosa un análisis territorial en tanto a las dinámicas influyentes que impulsan la migración.

Como punto fundamental, se contextualiza la panorámica general del control territorial entre diversos grupos armados y fuerza pública en áreas estratégicas, bien sean de movilización y salidas al mar o de riqueza edafológica y mineral, especialmente los corredores de las cordilleras. Estas formas de control territorial han desplazado desde la década de los cincuenta toda comunidad indígena originaria, lo que ha impulsado la movilización hacia la capital como principal distrito receptor de los pueblos (Sánchez Valencia, 2022). Esta situación no es ajena a los otros ejes previamente descritos, puesto que también el conflicto por el territorio es la raíz de las dinámicas de desplazamiento que se involucran en ambientes opuestos como la costa Pacífica o la selva Amazónica. Como principales factores que han llevado el éxodo indígena a la ciudad se encuentran el conflicto armado implícito, el narcotráfico, la deforestación o la minería desbordada que convergen en la ruptura ecológica sistemática y por tanto en el desequilibrio de las comunidades quienes se ven forzadas a la adaptación cultural en un entorno opuesto como el urbano.

Para ejemplificar la influencia migratoria de los pueblos asentados en Bogotá se remite al motivo de desplazamiento de los sabedores/as caracterizados. De modo general, se obtiene como principal motivo al desplazamiento forzado, predominante en siete de los doce pueblos con Wounaan Nonam, Kamëntsá y Eperara alcanzando razones totales. Seguido por el de situaciones económicas con una considerable participación en algunos pueblos donde también se reparten los otros motivos alusivos al estudio o a temas personales o familiares. Como paréntesis, entre estos motivos secundarios, se alberga una explicación determinista por el lado económico, respondiente a la lógica del modelo centro periferia donde la población vulnerable y apartada del poder central estatal termina reproduciendo los flujos migratorios en búsqueda de una solvencia capital más humana. Este modelo no es exclusivo de comunidades étnicas por más que se empalme a la situación nacional, sino que responde al mismo orden capitalista inclusive dentro de las grandes ciudades. Es más, el modelo simultáneo a la globalización rompe barreras nacionales impulsando las movilizaciones internacionales, y prueba de ello recae en el pueblo Kichwa que justamente es el único en donde la barra se inclina hacia este motivo con una razón de 0,6.

Mientras tanto, retomando el motivo acaparador del desplazamiento, este se reafirma como el principal factor en el contexto regional rural colombiano. Como se daba contexto anteriormente, la situación de desplazamiento forzado está involucrada en varios puntos estratégicos del territorio nacional, intersecados a su vez por la apropiación ambiental histórica de las comunidades indígenas. En un acercamiento a los corredores disputados por el control y la lucha armada están la bota caucana conectada por los valles del Patía y de Sibundoy, las encañonadas entradas del Micay o el Patía y el litoral del Pacífico en sus variantes puertos marítimos. Con todo esto se estructura un territorio marcado por el despojo y las resistencias socioambientales donde el desplazamiento se refleja en las imbricaciones espirituales de las comunidades indígenas en sus nuevos asentamientos discontinuos.

Otra variable relacional en esta dinámica migratoria y la adaptación a nuevos espacios es el tiempo de residencia en la ciudad para los sabedores/as aplicados²². En términos generales, el tiempo de residencia en Bogotá mayoritariamente está relacionado con trayectorias largas de asentamiento, lo cual evidencia adaptación y consolidación de sus prácticas en contexto urbano y no procesos recientes. permitiendo identificar así tanto trayectorias individuales de permanencia en la ciudad como configuraciones territoriales en redes comunitarias. De esta forma se presenta un nivel de arraigo acorde al tiempo prolongado en los pueblos asentados y consolidados en Bogotá.

Dentro de estos tiempos de residencia se obtienen tendencias dominantes en sabedores/as con más de diez años de residencia en pueblos como Inga, Pijao, Kichwa, Kamëtsá y Tubü Hummürimassa conllevando un arraigo alto en los procesos de reterritorialización urbana. Dicha configuración se representa a su vez en el ejercicio de la medicina ancestral más persistente que posibilita la transmisión de saberes a pesar de los percances por los insumos y espacios restringidos en la ciudad. Los patrones espaciales de estos sabedores/as de largo tiempo de residencia se establecen en zonas del centro y sur de la ciudad, siendo San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Usme los territorios que han servido como espacios de recepción histórica de estas comunidades en sí. Sin embargo, estos largos tiempos de residencia se reparten también en los demás pueblos junto con rangos más recientes de llegada generando procesos de consolidación y renovación a la vez; aunque ello también conlleve limitaciones de acceso o precariedad. Estos rangos entre cinco a diez años de residencia o entre uno y cinco años mantienen el arraigo alto en pueblos como Wounaan, Misak, Los Pastos o Eperara donde perviven a la par con sabedores/as de larga trayectoria; mientras que el rango inferior de menos de un año son escasos los registros presentados y en pocos pueblos. En general, dentro de los sabedores/as ancestrales provenientes de resguardo el tiempo de residencia en la ciudad superior a diez años sobrepasa el margen del 72% lo que significa una base estructurada de saberes etnomédicos.

²² No aplican ambos cabildos muiscas ya que en su totalidad los sabedores/as especificaron el lugar nativo de Bogotá, pese a los cambios históricos en el territorio.

En este sentido, el tiempo de residencia complementa la dinámica migratoria en la medida del arraigo presente en los pueblos establecidos en Bogotá lo que configuran formas de apropiación sin que se dejen de lado las desigualdades persistentes típicas de comunidades especiales, e incluso entre los mismos pueblos comandando aquellos que cuentan con procesos más estables en cabeza de los sabedores/as de larga permanencia para el ejercicio y la transmisión de saberes. Desigualdades que se ven apoyadas a lo largo del documento en cuanto a espacios de práctica espiritual y materiales o insumos para la medicina ancestral. A propósito, es relevante también la variable de fuentes de insumos autóctonos donde en definitiva se recurre a diversas combinaciones para el sustento etnomedicinal en una forma de adaptabilidad sobre el entorno albergado. Entre ellas, es resaltante el flujo hacia los territorios de origen para proveer dichos insumos, el donde es significativo el porcentaje de los sabedores/as provenientes de resguardo que se remiten exclusivamente a dicha fuente (17,39%), sin contar quienes albergan esta opción junto con otras fuentes como la compra en plazas locales o la autoproducción mediante huertas comunitarias o propias, las cuales también entran en gran consideración en la adaptabilidad intercultural a la ciudad.

En definitiva, todas estas variables asociadas a la migración y adaptabilidad desde la perspectiva regional dan una idea de la influencia multicultural del distrito de Bogotá. Bajo esta premisa, es importante tener en cuenta la puntualización de ciertos resguardos o territorios de origen que aportan dominante o totalmente prácticas y/o saberes de los respectivos pueblos asentados en la ciudad, más cuando sus formas de territorialización comprenden ambientes posibilitados de años para la identidad cultural en las nuevas generaciones. Esto sin duda, es vital para la preservación y transmisión de saberes, sin importar la confluencia o divergencia de los lugares de origen y así mismo las concentraciones o dispersiones urbanas ya que la pervivencia del legado es posible con políticas transversal de gobernabilidad y gobernanza y tejidos comunitarios estructurados.

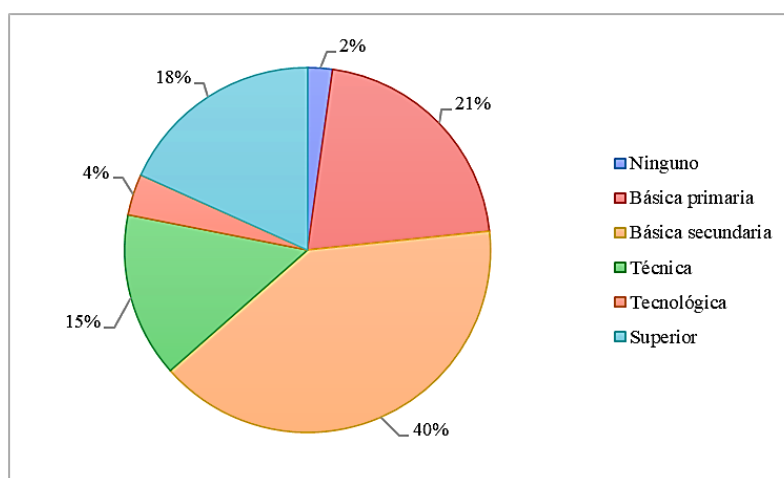
2.3. Caracterización socioeconómica.

Las condiciones educativas, económicas y de acceso al sistema de salud constituyen elementos fundamentales para comprender el contexto en el cual los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral desarrollan sus prácticas, saberes y procesos comunitarios. El análisis de estas variables aporta insumos clave para una caracterización integral de esta población, permitiendo identificar factores que inciden en el ejercicio de la medicina propia, la transmisión intergeneracional del conocimiento y la sostenibilidad de sus prácticas. Asimismo, desde un enfoque intercultural, esta información favorece una comprensión amplia de las dinámicas comunitarias y de las condiciones de vida de quienes desempeñan un papel esencial en la preservación de los saberes tradicionales y en el fortalecimiento de la salud propia de los pueblos indígenas. Es importante precisar que, en la ficha de caracterización, el nivel educativo

se registra bajo una misma categoría, diferenciando entre estados “completo” e “incompleto”. Para efectos de este análisis, se ha considerado la suma total de ambos estados dentro de cada nivel, por lo cual las cifras presentadas corresponden a la agregación de dicha información.

La Figura 9, evidencia que los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral, además de ejercer este rol, cuentan con distintos niveles de educación formal, principalmente se concentra en la educación básica secundaria, con 40% (55 personas), seguida de la básica primaria, con 21% (29 personas). Esto indica que el 61% (84 personas) de la población cuenta con formación en niveles básicos del sistema educativo formal. De manera complementaria, se observa una proporción significativa de personas con educación superior con 18% (25 casos), así como con formación técnica con 15% (20 personas) y tecnológica 4% (5 personas). Solo 2% (3 personas) reportan no contar con escolaridad formal.

Figura 9. *Nivel educativo de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

Dentro de esta tendencia general, varios pueblos se alinean claramente con este patrón, mostrando una mayor concentración en educación básica secundaria. El pueblo Eperara registra la mayor participación con 20% (11 casos), seguido por el pueblo Pijao con 15% (8 casos) y Muisca de Bosa con 9% (5 casos). En un nivel intermedio se encuentran Inga, Muisca Suba, Pastos y Tubu, cada uno con 7% (4 casos), mientras que Nasa y Yanacona presentan 5% (3 casos)

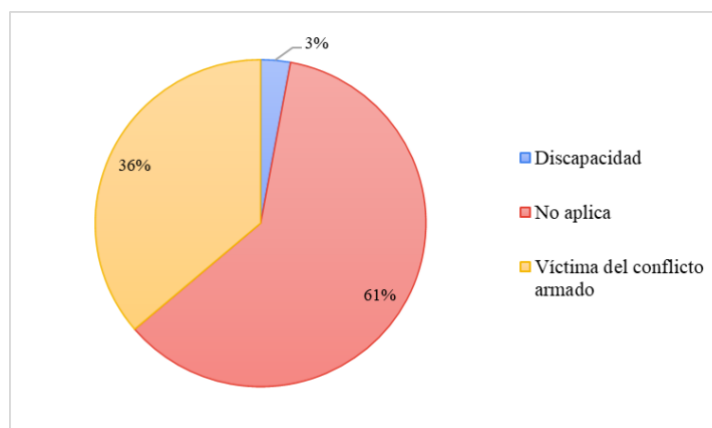
respectivamente. Por su parte, los pueblos Kamëntsá, Misak Misak, Uitoto y Wounaan registran cada uno 4% (2 casos), y el pueblo Kichwa presenta la menor participación con 2% (1 caso).

Por otro lado, en el nivel de educación superior se observa una distribución altamente concentrada en pocos pueblos. El pueblo Muisca Suba reúne la mayor participación con 40% (10 casos), seguido por el pueblo Pastos con 24% (6 casos). En una proporción menor se encuentra el pueblo Inga con 8% (2 casos), mientras que los pueblos Eperara, Kichwa, Misak Misak, Muisca Bosa, Pijao, Tubu y Yanacona registran cada uno 4% (1 caso). Por su parte, los pueblos Kamëntsá, Nasa, Uitoto y Wounaan no presentan registros en este nivel educativo (0%), lo que evidencia brechas en el acceso o la continuidad hacia la educación superior entre los distintos pueblos.

Esto sugiere que la mayoría de sabedores, sabedoras y caminantes ha tenido un tránsito limitado dentro del sistema educativo formal. No obstante, este nivel educativo les proporciona herramientas fundamentales que pueden contribuir a fortalecer su quehacer en la medicina ancestral, especialmente en contextos de interacción con otros sistemas de conocimiento. Al mismo tiempo, este escenario refuerza la necesidad de impulsar enfoques de educación intercultural que no solo reconozcan la diversidad de trayectorias educativas, sino que también valoren, respeten y protejan los mecanismos propios de transmisión del conocimiento ancestral, como la oralidad, la práctica comunitaria y el aprendizaje intergeneracional.

A continuación, se presentan los resultados relacionados con población diferencial en los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral. Estos datos evidencian tanto la presencia de situaciones de vulnerabilidad como la distribución de registros en los que estas condiciones no aplican o no fueron reportadas, en el marco de la información recolectada mediante la ficha de caracterización.

Figura 10. *Condiciones diferenciales de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

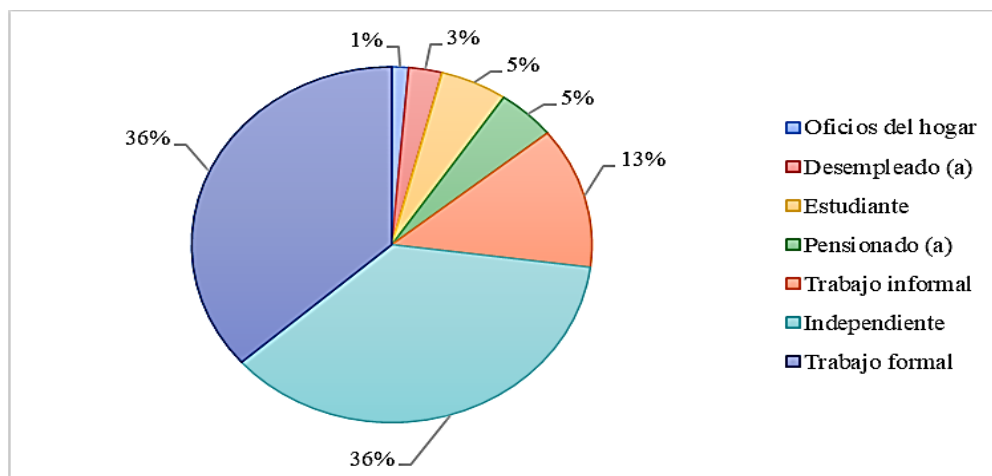
En primer lugar, la categoría de discapacidad presenta una proporción baja, con 4 casos que representan el 3% del total, distribuidos en los pueblos Inga, Misak Misak, Muisca de Bosa y Tubu. Por su parte, la categoría “No aplica” concentra la mayor proporción con 84 registros (61%), lo que indica que, para la mayoría de los casos, no se reporta pertenencia a las categorías analizadas o no corresponde su clasificación dentro de estas variables.

En cuanto a la condición de víctima del conflicto armado, se identifican 50 casos (36%), lo que representa una proporción significativa. Los pueblos con mayor número de registros en esta categoría son Eperara (14), Pijao (7), Tubu (7), Wounaan (5) y Nasa (4), lo que evidencia una afectación relevante en términos históricos y territoriales para estos grupos.

De lo anterior se deduce que, si bien la proporción de discapacidad es baja, esta condición puede incidir en las formas de práctica, la movilidad y la transmisión de saberes, en función de las características individuales y de los apoyos comunitarios disponibles. Por su parte, la significativa proporción de personas reconocidas como víctimas del conflicto armado sugiere trayectorias atravesadas por procesos de desplazamiento, desarraigo y reconfiguración territorial. Estas experiencias pueden influir en la reconstrucción, adaptación y transmisión de los saberes ancestrales en contextos urbanos, al tiempo que refuerzan el papel de los sabedores y sabedoras como agentes de cuidado, sanación y cohesión comunitaria.

En cuanto a la situación ocupacional, se evidencia que los sabedores, sabedoras y caminantes desarrollan múltiples actividades, con predominio del trabajo formal e independiente.

Figura 11. *Situación ocupacional de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

Las categorías de trabajo formal e independiente registran 36% cada una (54 personas respectivamente), lo que indica que una proporción significativa de la población cuenta con vinculación laboral estructurada o desarrolla actividades económicas por cuenta propia. Estas dinámicas pueden estar asociadas a roles de liderazgo comunitario, prestación de servicios, actividades comerciales, ejercicio de la medicina tradicional u otras formas de trabajo autónomo en contextos urbanos. En tercer lugar, se ubica el trabajo informal, con 13% (19 personas), lo que evidencia la persistencia de condiciones laborales no reguladas. Las categorías de estudiante y pensionado representan cada una el 5%, mientras que el desempleo corresponde al 3% y los oficios del hogar al 1%, siendo estas las de menor frecuencia.

El análisis de la inserción laboral por pueblos permite agrupar los resultados en distintos patrones según la predominancia del trabajo independiente y el trabajo formal, considerando tanto porcentajes como valores absolutos.

En un primer grupo se encuentran los pueblos con predominio del trabajo independiente. El caso más marcado es el de los Tubu, donde 7 personas se ubican en trabajo independiente, lo que representa el 87.5% de su población total, mientras que no se registra ninguna persona en trabajo formal. De forma similar, en los Kichwa se observa que 6 personas (85.7%) están en trabajo independiente y ninguna en trabajo formal. En los Nasa, 5 personas (71.4%) trabajan de manera independiente frente a solo 1 persona (14.3%) en trabajo formal. También se ubican aquí los Muisca Suba, con 10 personas en trabajo independiente (47.6%) y 6 en trabajo formal (28.6%), así como los Eperara, donde 6 personas (37.5%) son independientes y 4 (25%) tienen trabajo formal. En este grupo se evidencia una mayor orientación hacia actividades económicas autónomas.

Un segundo grupo corresponde a los pueblos con predominio del trabajo formal. Destaca el caso de los Uitoto, donde las 5 personas registradas (100%) se encuentran en trabajo formal y ninguna en trabajo independiente. En los Muisca Bosa, 11 personas (68.75%) tienen trabajo formal frente a 3 personas (18.75%) en trabajo independiente. En los Misak Misak, 2 personas (66.7%) tienen empleo formal y 1 persona (33.3%) es independiente. En los Pijao, 9 personas (45%) están en trabajo formal frente a solo 1 persona (5%) en trabajo independiente. En Los Pastos, 6 personas (42.9%) tienen trabajo formal y 5 (35.7%) son independientes. Este grupo refleja una mayor vinculación a empleos estructurados o institucionales.

Un tercer grupo reúne a los pueblos con equilibrio entre trabajo independiente y formal. En los Inga, se observa una distribución completamente balanceada, con 5 personas (33.3%) en trabajo independiente y 5 (33.3%) en trabajo formal. En los Kamëntsá, 2 personas (40%) son independientes y 2 personas (40%) tienen trabajo formal, mostrando también equilibrio. En los Yanacona, 3 personas (50%) se desempeñan como independientes y 2 personas (33.3%) en trabajo formal, lo que refleja una estructura laboral diversificada.

Finalmente, se identifican casos con baja o nula participación en una de las categorías. En los Wounaan, no hay personas en trabajo independiente, mientras que 1 persona (20%) tiene trabajo formal. En los Kichwa y Tubu, no existe trabajo formal registrado, lo que evidencia una fuerte dependencia del trabajo independiente. Por su parte, en los Uitoto, no se registra trabajo independiente, concentrándose totalmente en el trabajo formal (5 personas, 100%).

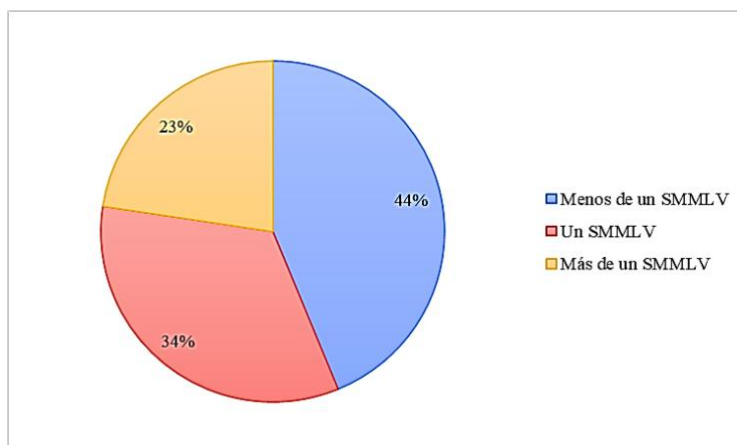
Los datos evidencian que los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral a quienes se les aplicó la ficha de caracterización desarrollan ocupaciones que, en su mayoría, no se centran exclusivamente en el ejercicio de la medicina ancestral. Esto es coherente con lo que se analizará posteriormente en relación con la limitada remuneración asociada a estas prácticas.

En este sentido, los resultados apoyan la idea de que la práctica de la medicina ancestral rara vez es la única ocupación y que su sentido principal es comunitario y vocacional más que económico. Para muchos sabedores y sabedoras, la medicina ancestral no constituye la fuente principal de ingreso, sino una práctica de servicio comunitario, basada en el don y en la responsabilidad de cuidar y transmitir un saber colectivo, que se ejerce de manera paralela a otras actividades productivas.

Esta situación puede implicar que no necesariamente sean reconocidos ni dignificados como actores del sistema de salud en condiciones de equidad, lo que a su vez incide en la falta de una remuneración acorde con la importancia de su rol dentro de sus comunidades y en escenarios interculturales más amplios.

En relación con el nivel de ingresos, la caracterización de las 137 personas evidencia un predominio de condiciones económicas bajas.

Figura 12. Nivel de ingresos de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina



ancestral

Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

El 44% de la población (60 personas) reporta ingresos inferiores a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV), constituyéndose en la categoría de mayor frecuencia. El 34% (46 personas) percibe ingresos equivalentes a un SMMLV, mientras que el 23% (31 personas) reporta ingresos superiores a este valor.

Este comportamiento permite identificar que cerca de la mitad de la población se encuentra en condición de vulnerabilidad económica, situación que puede incidir de manera directa en las condiciones de vida, el acceso a bienes y servicios, la sostenibilidad de las prácticas de medicina ancestral y la participación en procesos comunitarios. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el ingreso constituye un factor estructural que influye en la capacidad de respuesta frente a necesidades básicas como alimentación, vivienda, movilidad, cuidado y continuidad de las actividades propias del rol de sabedor o caminante.

Esta pauta se observa en varios pueblos que presentan distribuciones relativamente equilibradas, aunque con predominio en los niveles bajos y medios. En un primer grupo se encuentran los pueblos donde predomina el ingreso de menos de un SMMLV. En los Eperara, 10 personas (71.4%) se encuentran en este nivel, frente a 3 personas (21.4%) con un SMMLV y 1 persona (7.1%) con más de un SMMLV. En Los Pastos, 9 personas (69.2%) están en menos de un SMMLV, 1 persona (7.7%) en un SMMLV y 3 personas (23.1%) en más de un SMMLV. En los Muisca Suba, 8 personas (42.1%) están en menos de un SMMLV, 5 (26.3%) en un SMMLV y 6 (31.6%) en más de un SMMLV. En los Kichwa, 4 personas (57.1%) están en menos de un SMMLV, 0 (0%) en un SMMLV y 3 personas (42.9%) en más de un SMMLV. En los Nasa, 4 personas (66.7%) están en menos de un SMMLV, 2 personas (33.3%) en un SMMLV y 0 (0%)

en más de un SMMLV. En los Wounaan, 4 personas (80%) están en menos de un SMMLV, 1 persona (20%) en un SMMLV y 0 (0%) en más de un SMMLV. En los Misak Misak, las 3 personas (100%) están en menos de un SMMLV, sin presencia en los otros niveles.

En un segundo grupo se encuentran los pueblos con una distribución más equilibrada entre los tres niveles de ingreso. En los Inga, 4 personas (26.7%) tienen menos de un SMMLV, 7 personas (46.7%) un SMMLV y 4 personas (26.7%) más de un SMMLV. En los Muisca de Bosa, 4 personas (26.7%) están en menos de un SMMLV, 6 personas (40%) en un SMMLV y 6 personas (40%) en más de un SMMLV. En los Tubu, 2 personas (28.6%) están en menos de un SMMLV, 4 personas (57.1%) en un SMMLV y 1 persona (14.3%) en más de un SMMLV. En los Kamëntsa, 1 persona (25%) está en menos de un SMMLV, 1 persona (25%) en un SMMLV y 2 personas (50%) en más de un SMMLV.

En un tercer grupo se ubican los pueblos con mayor concentración en el nivel de un SMMLV. En los Pijao, 4 personas (21.1%) están en menos de un SMMLV, 9 personas (47.4%) en un SMMLV y 4 personas (21.1%) en más de un SMMLV, mostrando predominio del ingreso básico. En los Uitoto, 0 personas (0%) están en menos de un SMMLV, 4 personas (80%) en un SMMLV y 1 persona (20%) en más de un SMMLV, lo que indica una mayor estabilidad en ingresos medios. En los Yanacona, 3 personas (50%) están en menos de un SMMLV, 3 personas (50%) en un SMMLV y 0 personas (0%) en más de un SMMLV.

Si bien se evidencia un alto porcentaje de trabajo formal e independiente, lo que se traduce en una mayor afiliación al régimen contributivo, esto no necesariamente se refleja en una mejora en las condiciones económicas percibidas. Para muchos sabedores, los costos asociados al pago de seguridad social en salud y el transporte en contexto urbano reducen significativamente su ingreso disponible, al punto de que el recurso final con el que cuentan para cubrir sus necesidades puede ser inferior a un salario mínimo.

En cuanto al régimen de afiliación al sistema de salud, se observa una cobertura mayoritaria en el régimen contributivo, con 74% (101 personas). En segundo lugar, se encuentra el régimen subsidiado, con 24% (33 personas), lo que refleja la presencia de población que accede al sistema mediante mecanismos de subsidio estatal.

La población no asegurada corresponde a 1,5% (2 personas), mientras que 0,7% (1 persona) pertenece al régimen especial o excepcional. Aunque estas proporciones son bajas, representan un aspecto relevante en términos de acceso a servicios de salud, dado que la no afiliación puede generar barreras en la atención y continuidad de los tratamientos. Si bien la alta afiliación al régimen contributivo constituye una fortaleza en términos de cobertura, es importante señalar que esta no garantiza la pertinencia cultural de la atención en salud.

Finalmente, la distribución según Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) muestra una concentración importante en un grupo reducido de aseguradoras, lo que permite identificar patrones de afiliación relevantes para la gestión del acceso y la continuidad de la atención en salud.

La EAPB con mayor número de personas afiliadas corresponde a Capital Salud EPS-S, con 24% (32 personas), constituyéndose como la principal entidad aseguradora dentro de la población caracterizada. Este comportamiento es consistente con la alta participación de población residente en el Distrito Capital y vinculada al régimen subsidiado. En segundo lugar, se encuentra Famisanar, con 21% (29 personas), seguida de Compensar EPS, con 14% (19 personas), y EPS Sanitas, con 13% (18 personas). Estas cuatro entidades concentran en conjunto el 72% del total de la población, evidenciando una alta concentración de la afiliación en aseguradoras de amplia cobertura en el territorio.

De igual forma, Salud Total EPS S.A. registra 12% (16 personas), mientras que Nueva EPS reporta 7% (10 personas). En conjunto, estas dos entidades aportan otro 19% del total, Por otra parte, se identifican entidades con menor participación, entre ellas Mallamas EPSI y EPS Sura, con 2% cada una (3 personas); así como el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con 1% (2 personas). Finalmente, Aliansalud EPS, Asociación Indígena del Cauca EPSI y Servicio Occidental de Salud EPS SOS registran 1% cada una (1 persona).

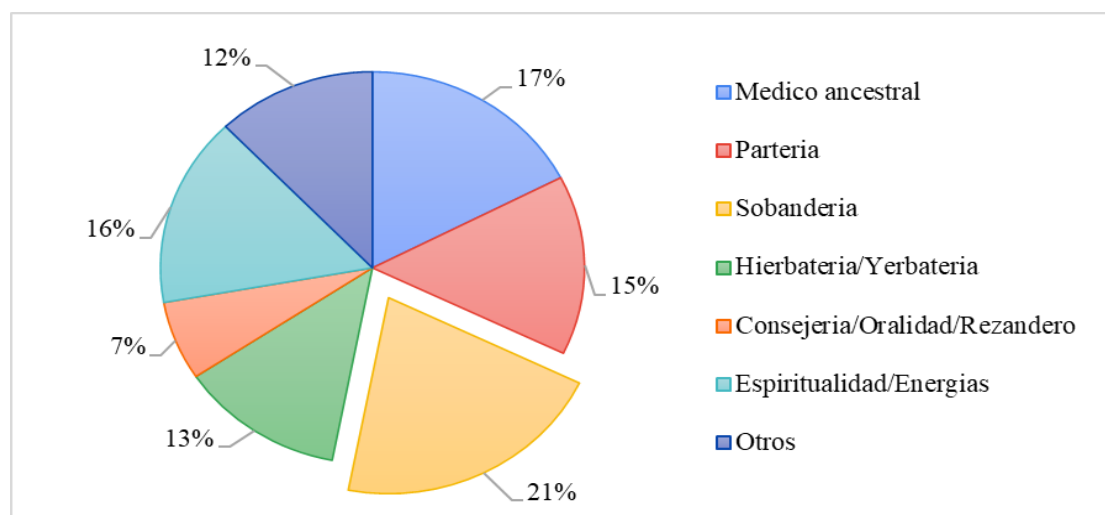
3. Caracterización de la Práctica de Medicina Ancestral

La práctica de la medicina ancestral, la transmisión del conocimiento y su relación con el sistema de salud constituyen dimensiones fundamentales para comprender el ejercicio de los sabedores y sabedoras de los pueblos indígenas en la ciudad. Estos componentes permiten analizar, de manera articulada, cómo los sabedores, sabedoras y caminantes desarrollan estrategias mediante las cuales se preservan y transmiten los conocimientos tradicionales entre generaciones. Asimismo, esta sección busca identificar la forma en que sus prácticas se relacionan con el sistema general de salud, reconociendo tanto los avances en la articulación intercultural como las barreras y tensiones que pueden presentarse en términos de acceso, pertinencia cultural de la atención y reconocimiento institucional de la medicina ancestral como parte integral de la salud propia.

3.1. Práctica de medicina ancestral

La práctica de la medicina ancestral evidencia una amplia diversidad de especialidades y formas de ejercicio del saber, las cuales responden a las concepciones propias de cada pueblo indígena y a sus formas particulares de comprender la salud, el cuidado y la relación con el territorio. A partir de las 137 caracterizaciones realizadas, se registraron 230 respuestas relacionadas con saberes y prácticas de medicina ancestral, lo que indica que una misma persona puede desempeñar múltiples prácticas o asumir distintos roles dentro de los procesos de medicina propia.

Figura 13. *Especialidades de la práctica de la medicina ancestral de sabedores, sabedoras y caminantes.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación²³.

Este hallazgo refleja la naturaleza integral de la medicina ancestral, en la cual las distintas prácticas se articulan y complementan entre sí. Los saberes asociados al cuidado corporal, la espiritualidad, el acompañamiento comunitario, la partería y el uso de plantas

²³ Señalar que las agrupaciones representadas en el gráfico no corresponden de manera explícita a las denominaciones propias de los 14 pueblos indígenas analizados. Para efectos del presente capítulo, se optó por realizar una organización en función de estas, con el propósito de facilitar una lectura comparativa y transversal entre los distintos pueblos.

Médico ancestral: su práctica integra saberes sobre el cuerpo, la naturaleza, la espiritualidad y el territorio, orientados a la prevención, diagnóstico y sanación de enfermedades

Partería: acompañamiento integral del embarazo, parto y posparto. Incluye conocimientos sobre el cuerpo femenino, el uso de plantas medicinales, técnicas de cuidado físico y espiritual, así como la protección de la vida y el bienestar de la madre y el recién nacido.

Sobandería: Práctica terapéutica basada en la manipulación manual del cuerpo, mediante masajes y ajustes, orientada a aliviar dolencias musculares, articulares o internas.

Hierbatería / Yerbatería: conocimiento y uso de plantas medicinales para la prevención, tratamiento y alivio de enfermedades. Incluye la identificación, recolección, preparación y aplicación de hierbas, así como el entendimiento de sus propiedades físicas, energéticas y simbólicas dentro del contexto cultural.

Consejería / Oralidad / Rezandero: prácticas basadas en la palabra como herramienta de orientación, sanación y transmisión de saberes. Incluye la consejería espiritual, los relatos y rezos, quienes median procesos de armonización, guía comunitaria y fortalecimiento cultural.

Espiritualidad / Energías: comprende la relación entre el ser humano, la naturaleza, los espíritus y las fuerzas del territorio. Se enfoca en el equilibrio energético, la armonía y la conexión espiritual, como base para el bienestar integral y la sanación.

medicinales no operan como dimensiones independientes, sino como componentes interrelacionados de un mismo sistema de conocimiento.

Esta articulación entre diferentes dimensiones del cuidado también aparece en las experiencias de los sabedores. Como señala E. Arévalo: “Cada sabedor tiene como una visión muy diferente, dependiendo su línea de formación (...) ambas son muy diferentes, aunque funcionan igual en curación y en sanación” (E. Arévalo, comunicación personal, 20 de febrero de 2026).

Pueblos como Eperara, Kichwa y Muisca Bosa presentan una alta concentración de prácticas asociadas a la sobandería y la hierbatería. En el caso de Eperara, la hierbatería representa el 46% de los registros y la sobandería el 25%, mientras que en Muisca Bosa la sobandería alcanza el 35%. En Kichwa, la sobandería, la hierbatería y la espiritualidad registran proporciones similares (27% cada una). Estos resultados evidencian sistemas médicos orientados al manejo físico, natural y espiritual de la enfermedad, donde el cuerpo, las plantas medicinales y las energías ocupan un lugar central en el cuidado de la salud.

En el pueblo Pijao, la medicina ancestral concentra el 79% de los registros, consolidándose como la práctica predominante. De manera similar, en el pueblo Nasa se observa un equilibrio entre medicina ancestral y espiritualidad, con un 42% cada una. En el pueblo Inga, las prácticas de sobandería, partería y espiritualidad alcanzan proporciones equivalentes (25% respectivamente), lo que refleja sistemas de cuidado articulados entre dimensiones terapéuticas, espirituales y comunitarias.

Asimismo, se identifican pueblos con configuraciones más diversas y equilibradas, en los que coexisten múltiples prácticas sin que una predomine de manera marcada. Los pueblos Muisca Suba, Tubu y Yanacona reflejan esta diversidad. En Muisca Suba, la sobandería, la consejería/oralidad y la categoría “otros” representan cada una cerca del 19% de los registros. Por su parte, en Yanacona la partería concentra el 31%, mientras que la sobandería, la hierbatería y la espiritualidad alcanzan el 23% respectivamente. Esto evidencia sistemas ancestrales integrales, en los que diferentes formas de conocimiento y práctica se articulan de manera complementaria.

También se observan configuraciones particulares en otros pueblos indígenas. En Kamentsa, la medicina ancestral concentra el 40% de los registros, mientras que la sobandería, la hierbatería y la consejería/oralidad representan cada una el 20%. En Misak Misak predominan la partería y la sobandería, con un 40% respectivamente, seguidas por la hierbatería con un 20%.

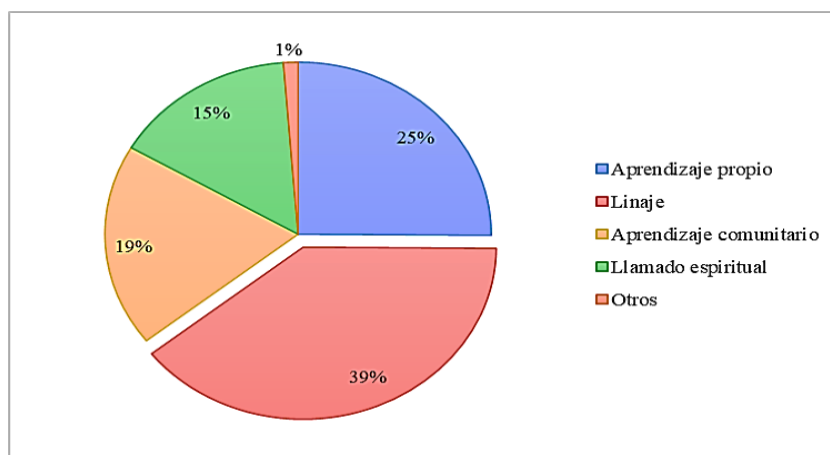
Por su parte, en Uitoto se evidencia una distribución más equilibrada entre partería y sobandería (20% cada una), junto con presencia de hierbatería, consejería/oralidad, espiritualidad y otros saberes (10% respectivamente). En el pueblo Wounaan, la partería alcanza el 50% de los registros, seguida de la medicina ancestral, la sobandería y la hierbatería, cada una con un 17%.

En el caso del pueblo Pastos, además de la medicina ancestral (22%) y la espiritualidad (11%), adquiere especial relevancia la categoría “otros”, que concentra el 50% de los registros.

Esta categoría incluye conocimientos relacionados con el canto, la música, la danza, el tejido, la alimentación propia, el trabajo con el territorio, la agricultura, la educación, la alfarería, la grafología, el simbolismo y la pictografía, evidenciando la importancia de los saberes culturales y comunitarios asociados al cuidado integral y la pervivencia cultural.

En relación con las formas de formación y transmisión del conocimiento, los resultados de las fichas de caracterización registraron 247 respuestas, lo que evidencia que una misma persona puede reconocer múltiples trayectorias de aprendizaje. Este comportamiento refleja que la formación en medicina ancestral no responde a una única ruta de acceso al conocimiento, sino que integra diferentes procesos asociados al entorno familiar, la experiencia individual, la comunidad y las dimensiones espirituales propias de cada pueblo indígena.

Figura 14. *Formas de formación y transmisión del conocimiento de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

La categoría con mayor frecuencia corresponde al linaje, con el 39% (97 registros), constituyéndose como la principal forma de transmisión del conocimiento. Este resultado evidencia que, para una proporción importante de la población caracterizada, el saber ancestral se transmite mediante vínculos familiares y generacionales, donde el conocimiento se fortalece a través del acompañamiento, la observación y la continuidad de roles históricamente asumidos dentro de las familias y comunidades.

Esta dinámica se expresa en los relatos de los sabedores, quienes describen procesos de aprendizaje contruidos desde la experiencia cotidiana y el acompañamiento a figuras de autoridad familiar: "Mi abuelo era el mejor de su época; mi padre también era conocedor y curandero. Mi abuelo curaba enfermedades del espíritu, afecciones por plantas tóxicas y

mordeduras de serpientes (...). Observando lo que hacía mi abuelo, yo también quise aprender..." (Quiro, 2026).

Este relato evidencia que la transmisión del conocimiento no se limita a la reproducción de prácticas o procedimientos, sino que involucra responsabilidades, formas de comprensión del cuidado y procesos de reconocimiento social asociados al ejercicio del saber.

En segundo lugar, el aprendizaje propio registra el 25% (62 respuestas), resaltando la importancia de la experiencia individual y de la práctica continua como mecanismos para la apropiación y fortalecimiento del conocimiento ancestral. El aprendizaje comunitario representa el 19% (47 registros), destacando el papel de los espacios colectivos en la construcción, circulación y fortalecimiento del saber. Por su parte, el llamado espiritual presenta el 15% (38 registros), evidenciando la relevancia de dimensiones asociadas a sueños, orientaciones espirituales, señales o procesos rituales en la formación de sabedores y caminantes.

Los relatos de los participantes muestran que estos procesos colectivos no se limitan a la transmisión de conocimientos técnicos, sino que integran prácticas relacionadas con el acompañamiento entre sabedores y aprendices, así como con elementos centrales de la medicina propia, entre ellos las plantas medicinales y los sitios sagrados:

“Nosotros desde la parte ancestral acá con nuestros comuneros, con nuestros aprendices que han venido ejerciendo también esas prácticas ancestrales con el cuidado de nuestras plantas, nuestra botánica y también otros sitios sagrados, entonces hemos venido haciendo ese intercambio de saberes con los sabedores de nuestra comunidad, pero también con los aprendices para seguir fortaleciendo y que no se nos pierda nuestro conocimiento ancestral de nuestros abuelos milenarios” (Neuta, 2026).

Este relato evidencia que la formación de nuevos sabedores no se desarrolla únicamente a través de relaciones familiares o individuales, sino también mediante espacios comunitarios orientados a preservar y fortalecer la continuidad del conocimiento ancestral.

Las diferencias entre pueblos indígenas muestran configuraciones diversas en las formas mediante las cuales se accede y legitima el conocimiento ancestral. Los pueblos Inga (50%), Tubü Hummürimassa (100%), Nasa (67%), Uitoto (62%), Pastos (44%), Kichwa (40%) y Yanacona (36%) presentan un predominio del linaje como principal mecanismo de formación, evidenciando una fuerte relación entre el aprendizaje y la continuidad familiar del conocimiento.

Por otra parte, pueblos como Pijao, Eperara y Muysca de Suba muestran trayectorias más articuladas entre diferentes formas de aprendizaje. En estos casos, el conocimiento no se sustenta únicamente en la herencia familiar, sino que incorpora procesos comunitarios y experiencias construidas desde la práctica colectiva y los espacios de intercambio.

En contraste, algunos pueblos presentan una mayor relevancia de dimensiones espirituales y procesos individuales dentro de la formación. En Muisca de Bosa el llamado espiritual alcanza el 35%, mientras que en pueblos como Misak Misak (100%), Wounaan Nonam

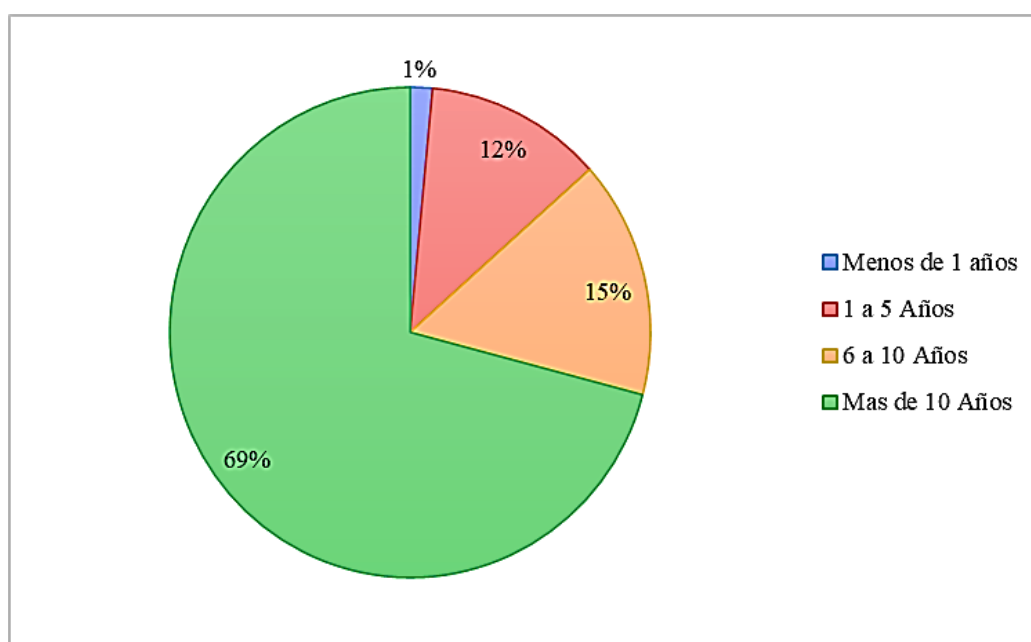
(83%) y Kamëntsá (50%) se observa una mayor participación del aprendizaje propio como mecanismo de formación.

Más que representar modelos excluyentes, estas diferencias evidencian distintas maneras de comprender la construcción y legitimación del saber ancestral. Mientras algunos pueblos privilegian la continuidad familiar y comunitaria, otros incorporan con mayor fuerza experiencias espirituales o trayectorias individuales, configurando procesos diversos de formación acordes con sus formas propias de organización social y cultural.

La diversidad de trayectorias formativas también se evidencia en los relatos de los participantes. Según M. Cobos: “la única forma de poder transmitir es haciendo, entonces en la práctica... yo aprendí desde la práctica” (M. Cobos, comunicación personal, 20 de febrero de 2026).

Adicionalmente, se incorporó una aproximación a la trayectoria temporal de los procesos de formación y experiencia de los sabedores, sabedoras y caminantes. La inclusión de esta variable no busca reducir el conocimiento ancestral a una lógica exclusivamente cronológica o lineal, sino ofrecer un referente general que permita comprender las trayectorias de aprendizaje y participación en los procesos de salud propia, reconociendo que la construcción del conocimiento ancestral corresponde a procesos progresivos, experienciales y acumulativos que se desarrollan dentro de las lógicas culturales propias de cada pueblo indígena.

Figura 15. *Aproximación a la periodicidad y trayectoria temporal de los procesos de formación y experiencia de los sabedores, sabedoras y caminantes.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

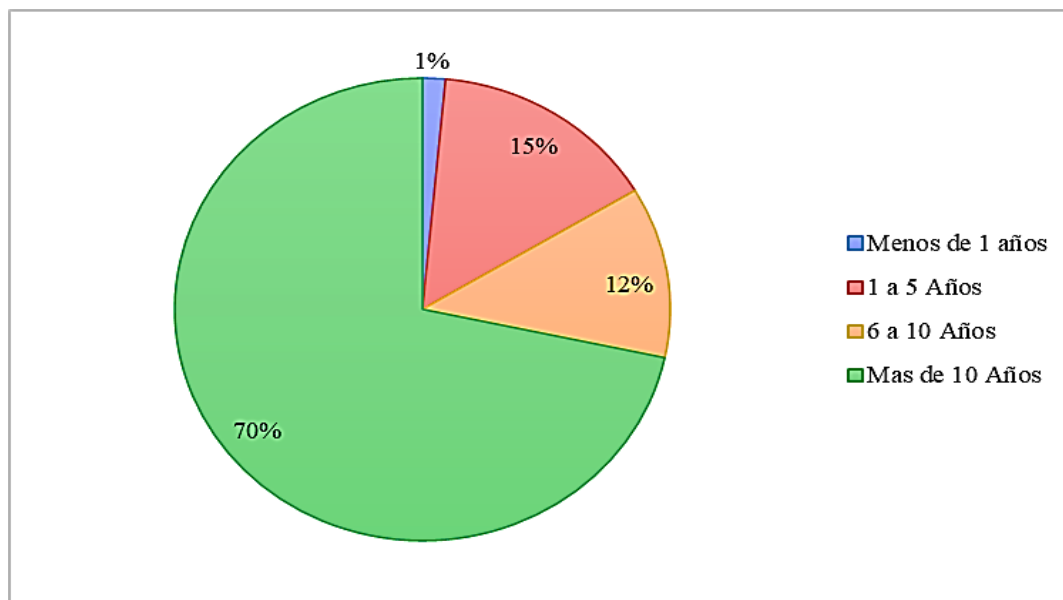
Con respecto a la trayectoria temporal de formación, se observa un claro predominio de procesos prolongados. El 69% (95 personas) reporta más de 10 años de formación, seguido del 15% (21 personas) con trayectorias entre 6 y 10 años y el 12% (16 personas) con entre 1 y 5 años.

Los pueblos Pijao, Muisca de Bosa, Tubü Hummürimassa y Uitoto presentan la totalidad de sus registros en procesos de formación superiores a diez años, mientras que pueblos como Inga, Eperara, Muisca de Suba y Nasa también muestran una alta concentración de trayectorias prolongadas. Por otro lado, pueblos como Kamëntsá y Misak Misak presentan una mayor concentración en tiempos intermedios de formación, mientras que Wounaan Nonam evidencia una mayor diversidad en los tiempos reportados.

Estos resultados muestran que la formación en medicina ancestral corresponde principalmente a procesos progresivos y acumulativos que se construyen mediante la práctica continua, el acompañamiento a mayores, la experiencia y el reconocimiento comunitario.

En relación con el tiempo de experiencia en el ejercicio de la medicina ancestral, se observa un predominio de trayectorias prolongadas dentro de la población caracterizada. El 70% (96 personas) reporta más de 10 años de experiencia, constituyéndose como la categoría de mayor frecuencia. Le siguen el 15% (20 personas) con entre 1 y 5 años de experiencia, el 12% (16 personas) con trayectorias entre 6 y 10 años, el 1% (2 personas) con menos de un año y el 2% (3 registros) sin información reportada.

Figura 16. *Tiempo de experiencia de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

La similitud observada entre los tiempos de formación y los años de experiencia evidencia una estrecha relación entre el aprendizaje y el ejercicio práctico del conocimiento ancestral. Más que constituir etapas independientes, la formación y la experiencia parecen configurarse como procesos continuos y acumulativos, en los que el conocimiento se fortalece mediante la práctica cotidiana, la participación comunitaria y el acompañamiento a otros sabedores.

Este carácter acumulativo del conocimiento coincide con formas de aprendizaje sustentadas en la experiencia cotidiana y la participación continua. En palabras de M. Cobos: “yo voy enseñando pero todo es desde la práctica, yo aprendí desde la práctica” (M. Cobos, comunicación personal, 20 de febrero de 2026).

Las diferencias entre pueblos indígenas muestran trayectorias diversas en el ejercicio del conocimiento. En pueblos como Pijao, Nasa y Kichwa se evidencia una fuerte consolidación de la experiencia, con la totalidad de los registros ubicados en la categoría de más de diez años de experiencia, lo que refleja una presencia importante de sabedores y caminantes con trayectorias amplias dentro del ejercicio de la medicina propia.

Más que interpretarse únicamente como acumulación cronológica de experiencia, estas trayectorias pueden reflejar procesos sostenidos de participación y continuidad en las prácticas de salud propia dentro de las comunidades. Como expresa R. Neuta, la continuidad de estos procesos enfrenta desafíos importantes en contextos urbanos: “ya los jóvenes no reconocen estas

prácticas (...) la ciudad no permite que estos ejercicios continúen” (R. Neuta, comunicación personal, 2026).

Con el fin de comprender la vigencia y continuidad de la medicina ancestral, se incorporó la variable relacionada con la práctica actual del saber, orientada a identificar si los sabedores, sabedoras y caminantes continúan ejerciendo activamente sus conocimientos dentro de los procesos de cuidado y salud propia.

La caracterización evidencia que el 80% (109 personas) reporta ejercer actualmente el saber ancestral, mientras que el 20% (28 personas) manifiesta no encontrarse en ejercicio al momento de la caracterización. Estos resultados muestran una importante permanencia del ejercicio activo de la medicina ancestral dentro de las comunidades participantes, evidenciando la continuidad de los procesos de cuidado y de los saberes asociados a la salud propia.

La permanencia del conocimiento ancestral no se limita al ejercicio formal del saber, sino que implica procesos continuos de revitalización y recuperación cultural. En palabras de R. Neuta, la tarea consiste en “despertar ese conocimiento en este contexto” (R. Neuta, comunicación personal, 2026).

No obstante, el hecho de no ejercer activamente en el momento de la caracterización no necesariamente implica pérdida del conocimiento ancestral. Como se evidencia en otros apartados del estudio, el conocimiento puede mantenerse como memoria viva, capacidad potencial o reserva cultural, activándose según necesidades comunitarias, llamados espirituales o dinámicas propias del territorio.

Se identifican diferencias importantes entre los pueblos indígenas en relación con la proporción de sabedores, la capacidad de atención comunitaria y la sostenibilidad de la medicina ancestral.

En un primer grupo se encuentran los pueblos con mayor proporción de sabedores, lo que favorece el sostenimiento de la medicina ancestral como sistema vivo y fortalece la cercanía en los procesos de atención. El pueblo Eperãrã Siapidaara registra la proporción más alta, con 10 sabedores para 83 personas (12%), equivalente a aproximadamente 8 personas por sabedor. De manera similar, Tubü Hummürimassa cuenta con 7 sabedores para 129 personas (5,4%), con una relación de 18 personas por sabedor. También destacan los pueblos Nasa, con 6 sabedores para 154 personas (3,9%), y Yanacona, con 6 sabedores para 222 personas (2,7%), lo que representa cargas de 26 y 37 personas por sabedor, respectivamente. Estas condiciones favorecen procesos de cuidado más continuos, integrales y cercanos a la comunidad, además de facilitar la transmisión intergeneracional del conocimiento.

Un segundo grupo corresponde a pueblos con proporciones intermedias de sabedores, donde la medicina ancestral se mantiene activa, aunque bajo mayores niveles de presión en la atención. El pueblo Inga registra 14 sabedores para 850 personas (1,6%), con una relación de 61 personas por sabedor. Kamëntsá cuenta con 4 sabedores para 276 personas (1,4%), Misak Misak con 3 para 218 personas (1,4%) y Pastos con 12 para 981 personas (1,2%), alcanzando cargas

entre 69 y 82 personas por sabedor. En el pueblo Uitoto, la relación asciende a 126 personas por sabedor, con 4 sabedores para una población de 505 personas. Aunque estos pueblos conservan prácticas activas de medicina ancestral, el aumento en la carga de atención puede limitar el alcance de los procesos de cuidado y la formación de nuevos sabedores.

Finalmente, se identifican pueblos con baja proporción de sabedores y alta sobrecarga en la atención, situación que representa un riesgo para la pervivencia del conocimiento ancestral. El pueblo Wounaan Nonam cuenta con 4 sabedores para 312 personas (1,3%), equivalente a 78 personas por sabedor. La situación es más crítica en pueblos con mayor volumen poblacional, como Kichwa, con 5 sabedores para 2.322 personas (464 personas por sabedor), y Pijao, con 5 sabedores para 2.633 personas (527 personas por sabedor). Las mayores brechas se evidencian en los pueblos Muisca de Bosa y Muysca de Suba, que registran 407 y 630 personas por sabedor, respectivamente. En estos contextos, la limitada disponibilidad de sabedores dificulta la atención oportuna, la continuidad de los procesos espirituales y el acompañamiento integral a las comunidades.

Los resultados evidencian niveles diferenciados de sostenibilidad y capacidad de atención de la medicina ancestral entre los pueblos indígenas. Mientras algunos mantienen sistemas sólidos y cercanos a la comunidad, otros enfrentan condiciones de sobrecarga que ponen en riesgo tanto la atención en salud propia como la transmisión de los saberes ancestrales. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias diferenciadas que fortalezcan la formación de nuevos sabedores, amplíen los espacios de práctica y garanticen condiciones para la sostenibilidad de la medicina ancestral en cada contexto territorial y comunitario.

Con el fin de aproximarse al alcance e intensidad de la práctica actual del conocimiento ancestral, se analizó el número de personas atendidas durante el último mes por los sabedores, sabedoras y caminantes que reportaron encontrarse ejerciendo activamente sus conocimientos. Para este análisis se consolidaron 109 registros correspondientes a quienes manifestaron practicar actualmente el saber ancestral.

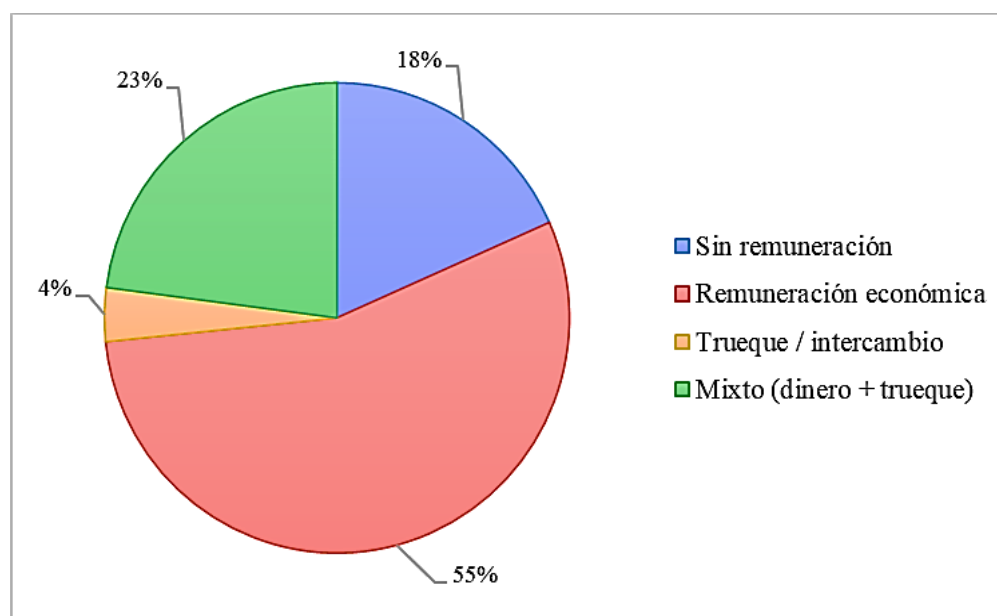
Los resultados muestran que la categoría de mayor frecuencia corresponde a quienes atienden a más de 10 personas, con 47% (51 personas). Por su parte, el 27% (29 personas) reporta atender entre 5 y 10 personas y otro 27% (29 personas) manifiesta atender a menos de 5 personas.

Evidenciándose que la práctica de la medicina ancestral continúa teniendo un alcance importante dentro de los procesos de salud propia y cuidado comunitario desarrollados por los pueblos indígenas participantes. Sin embargo, el número de personas atendidas no debe interpretarse únicamente como un indicador cuantitativo de productividad o cobertura; los resultados permiten reconocer la permanencia y confianza depositada por las comunidades en los sabedores, sabedoras y caminantes, quienes continúan desempeñando un papel relevante en procesos de cuidado, prevención, orientación y fortalecimiento de la salud propia.

Con el propósito de profundizar en las condiciones de sostenibilidad de la medicina ancestral, se analizó la relación entre el número de sabedores que actualmente ejercen sus

conocimientos y la población total de cada pueblo indígena, identificando diferencias importantes en la capacidad de atención y en el alcance potencial de estos sistemas de conocimiento propio

Figura 17. *Forma de remuneración asociada a la práctica actual de los saberes por parte de los sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

Se identifican pueblos con una mayor proporción de sabedores que ejercen su práctica actualmente en relación con su población total, lo que puede favorecer procesos más cercanos de atención y acompañamiento comunitario. El pueblo Eperārã Siapidaara presenta la proporción más alta, con 10 sabedores para una población de 83 personas (12%), equivalente a una relación aproximada de 8 personas por sabedor. De manera similar, el pueblo Tubü Hummürimassa cuenta con 7 sabedores para 129 personas (5,4%), el pueblo Nasa con 6 sabedores para 154 personas (3,9%) y el pueblo Yanacona con 6 sabedores para 222 personas (2,7%).

Por otra parte, algunos pueblos presentan proporciones intermedias de sabedores que ejercen su actividad en la actualidad y una mayor carga potencial de atención. En este grupo se encuentran Inga, Kamëntsá, Misak Misak, Pastos y Uitoto, donde el incremento en la relación entre población y número de sabedores puede representar mayores desafíos para el alcance de la práctica y para los tiempos destinados al acompañamiento comunitario y la formación de nuevos aprendices.

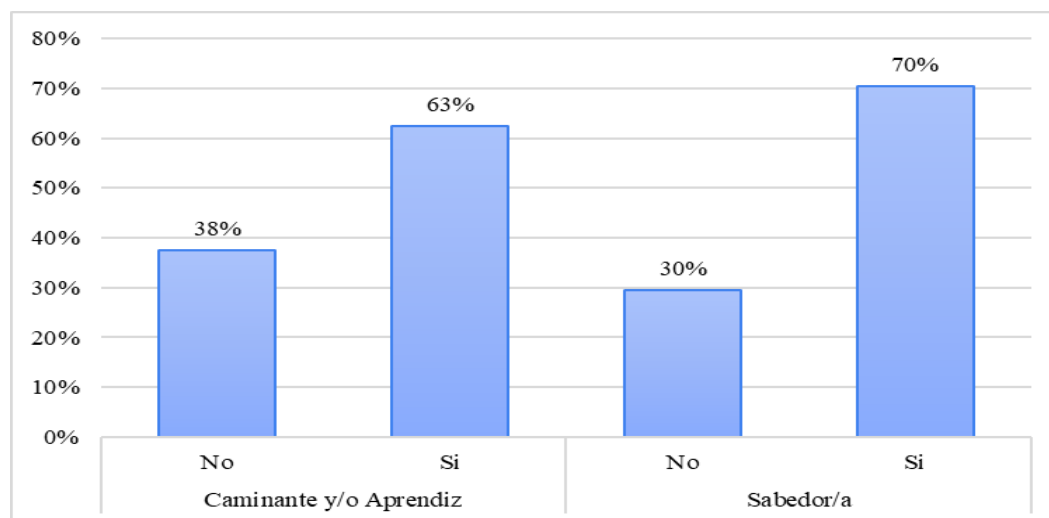
Finalmente, se identifican pueblos con una menor proporción de sabedores que ejercen su práctica en la actualidad frente a su población total. Los casos más críticos corresponden a Kichwa y Pijao, ambos con cinco sabedores, pero con poblaciones de 2.322 y 2.633 personas respectivamente. De manera similar, los pueblos Muisca de Bosa y Muysca de Suba presentan relaciones elevadas entre población y número de sabedores activos, alcanzando cargas aproximadas de 407 y 630 personas por sabedor.

Estas diferencias muestran que la sostenibilidad de la medicina ancestral presenta comportamientos diferenciados entre pueblos indígenas, asociados a la disponibilidad de sabedores, la capacidad de acompañamiento y las dinámicas propias de organización comunitaria. Si bien algunos pueblos mantienen mayores niveles de cercanía y capacidad de atención, otros enfrentan escenarios donde un número reducido de sabedores activos debe responder a las necesidades de poblaciones más amplias.

3.2. Transmisión del conocimiento.

La transmisión de saberes constituye uno de los componentes fundamentales para la preservación, continuidad y sostenibilidad de la medicina ancestral en los pueblos indígenas, dado que permite mantener la circulación de conocimientos, prácticas y formas propias de comprender el cuidado y la salud. En este sentido, el análisis realizado permite identificar la participación de sabedores, sabedoras, caminantes y aprendices en procesos de enseñanza y acompañamiento orientados a la continuidad del conocimiento ancestral.

Figura 18. *Porcentaje de sabedores/as y caminantes de la medicina ancestral que participan en procesos de transmisión de saberes.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

En el consolidado de 137 caracterizaciones se observa que, entre los caminantes y aprendices, 20 personas (63%) reportan participar actualmente en procesos de transmisión del conocimiento, mientras que 12 personas (37%) manifiestan no hacerlo. Por su parte, entre los sabedores y sabedoras, 74 personas (70%) indican participar activamente en la transmisión de sus conocimientos, frente a 31 personas (30%) que reportan no hacerlo.

Los resultados muestran una alta participación tanto de sabedores como de caminantes en procesos de circulación del conocimiento ancestral. Aunque la transmisión presenta una mayor frecuencia entre sabedores y sabedoras, la participación de caminantes y aprendices evidencia que los procesos formativos no se restringen a relaciones unidireccionales entre maestro y aprendiz, sino que pueden incorporar dinámicas progresivas de apropiación y circulación del conocimiento dentro de las comunidades. Esta circulación del conocimiento como proceso colectivo también es reconocida por los participantes. M. Cobos afirma que “la única forma de poder transmitir es haciendo” (M. Cobos, comunicación personal, 20 de febrero de 2026).

Las diferencias entre pueblos indígenas muestran comportamientos diversos. El pueblo Muisca de Bosa presenta una alta continuidad en la transmisión, con 15 de 16 sabedores que reportan compartir sus conocimientos, además de un caminante vinculado a procesos activos de aprendizaje y enseñanza. De manera similar, Muysca de Suba registra 11 sabedores y 5 caminantes participando en procesos de transmisión. Asimismo, pueblos como Yanacona, Tubü Hummürimassa, Wounaan Nonam y Kamëntsá presentan una participación particularmente alta entre sabedores y sabedoras.

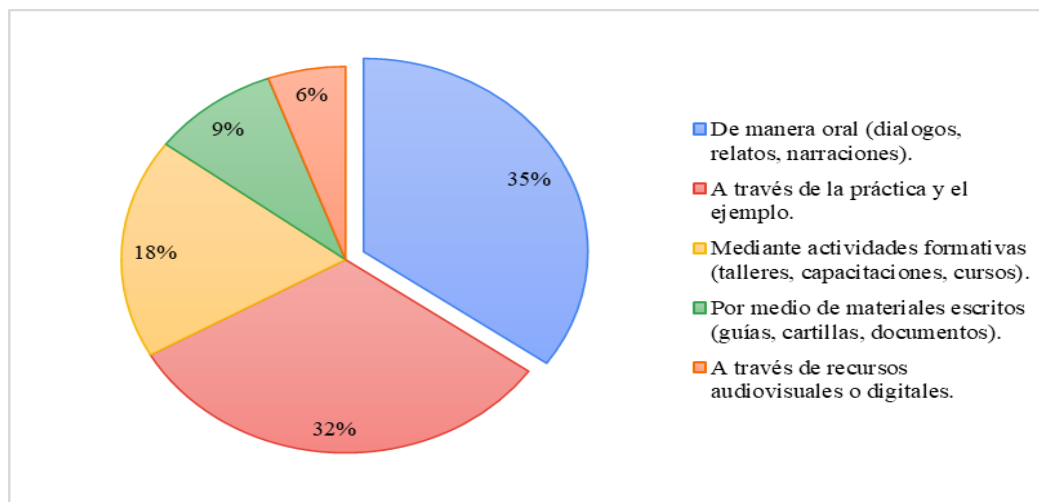
En contraste, algunos pueblos presentan situaciones que requieren especial atención. En el pueblo Pijao, 11 sabedores reportan no transmitir conocimientos frente a 5 que sí lo hacen. De igual manera, en el pueblo Nasa se identifican cinco sabedores que no participan en procesos de transmisión y uno que sí lo hace.

Estos hallazgos evidencian diferencias importantes entre pueblos respecto a la continuidad de los procesos de enseñanza y acompañamiento. Sin embargo, la ausencia de transmisión reportada en algunos casos no debe interpretarse automáticamente como pérdida del conocimiento ancestral, ya que pueden intervenir factores asociados a trayectorias individuales, momentos del ciclo de vida, condiciones del contexto urbano o formas propias de organización y circulación del saber.

Los resultados muestran que la transmisión del conocimiento ancestral se desarrolla mediante diferentes mecanismos y escenarios de aprendizaje, evidenciando que estos procesos no se restringen a formas únicas de enseñanza, sino que integran diversas prácticas construidas

desde la experiencia cotidiana, la participación comunitaria y las formas propias de circulación del conocimiento.

Figura 19. Estrategias de enseñanza y circulación del saber por parte de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

La principal estrategia identificada corresponde a la transmisión oral, reportada en el 79% (74) de los registros, seguida por las prácticas vivenciales y el acompañamiento directo en procesos de aprendizaje con el 54% (51), las actividades comunitarias con el 32% (30) y los espacios formativos o educativos con el 17% (16). Asimismo, se identificaron otras formas de transmisión asociadas a materiales escritos, medios digitales y espacios organizativos.

Estos resultados evidencian que la oralidad continúa ocupando un lugar central dentro de los procesos de transmisión del conocimiento ancestral. Sin embargo, las prácticas de enseñanza no se limitan a la comunicación verbal, sino que incorporan procesos experienciales y formas de aprendizaje construidas mediante la participación directa en actividades comunitarias y prácticas de cuidado. Los relatos de los participantes muestran que estos procesos de aprendizaje se desarrollan a través de la interacción permanente entre sabedores y aprendices:

Nosotros desde la parte ancestral acá con nuestros comuneros, con nuestros aprendices que han venido ejerciendo también esas prácticas ancestrales con el cuidado de nuestras plantas, nuestra botánica y también otros sitios sagrados, entonces hemos venido haciendo ese intercambio de saberes con los sabedores de nuestra comunidad, pero también con los aprendices

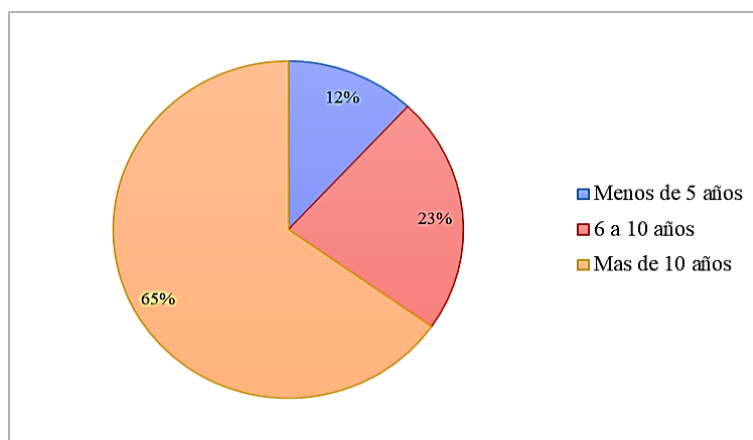
para seguir fortaleciendo y que no se nos pierda nuestro conocimiento ancestral de nuestros abuelos milenarios (Neuta, 2026).

Este relato permite observar que la transmisión del conocimiento no se limita a la enseñanza de prácticas específicas, sino que integra elementos asociados al territorio, el cuidado de las plantas, la relación con sitios sagrados y los procesos colectivos de fortalecimiento del saber ancestral.

Aunque la oralidad representa la estrategia más frecuente, los resultados sugieren que los mecanismos de transmisión operan de manera articulada. Los espacios comunitarios, la práctica cotidiana y el acompañamiento a aprendices pueden complementarse entre sí, fortaleciendo la continuidad y circulación del conocimiento ancestral.

Con el propósito de profundizar en las características de los procesos de enseñanza y circulación del conocimiento ancestral, se analizó el tiempo dedicado a la transmisión y el número de personas vinculadas a estos procesos. Los resultados permiten identificar diferencias en la trayectoria y alcance de las actividades desarrolladas por sabedores, sabedoras y caminantes, evidenciando distintas dinámicas de fortalecimiento y continuidad del conocimiento dentro de los pueblos indígenas participantes.

Figura 20. *Trayectoria temporal de la transmisión del conocimiento por parte de sabedores, sabedoras y caminantes de la medicina ancestral.*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as aplicadas en el marco de la investigación.

En este sentido, el 65% de las personas sabedoras (60) manifiestan llevar más de 10 años transmitiendo sus conocimientos, consolidándose como la categoría de mayor frecuencia. Le siguen el 23% (21 personas), con trayectorias entre 6 y 10 años, y el 12% (11 personas), con

menos de 5 años de experiencia en procesos de transmisión. Estos resultados reflejan una importante continuidad intergeneracional de los saberes ancestrales, aunque también evidencian la necesidad de fortalecer la participación de nuevas generaciones en los procesos de aprendizaje y preservación cultural.

Este comportamiento permite identificar que la transmisión del conocimiento ancestral no corresponde a procesos recientes o esporádicos, sino que, en la mayoría de los casos, se trata de prácticas sostenidas en el tiempo, construidas desde la experiencia, la legitimidad comunitaria y el acompañamiento continuo a nuevas generaciones. La alta proporción de personas sabedoras con más de una década en procesos de enseñanza refleja la solidez del relevo generacional y la permanencia de mecanismos tradicionales de formación.

En cuanto al alcance de los procesos de transmisión, se identifican diferencias en el número de personas a quienes se comparten los conocimientos ancestrales. Algunos sabedores desarrollan procesos dirigidos a grupos reducidos, mientras que otros acompañan espacios colectivos con una participación más amplia de aprendices y miembros de la comunidad.

Más allá de constituir un indicador cuantitativo, el número de personas vinculadas refleja distintas formas de organización y enseñanza del conocimiento ancestral. En algunos casos, la transmisión se realiza mediante procesos cercanos y personalizados; en otros, a través de actividades colectivas y espacios comunitarios de mayor alcance.

Con base en 94 registros analizados, el 62% de las personas sabedoras (58) reporta haber acompañado a menos de 10 aprendices, el 23% (21 sabedores) entre 10 y 50, y el 15% (14 sabedores) a más de 50 aprendices. Este último grupo resulta especialmente relevante, ya que evidencia la existencia de sabedores y sabedoras con alta capacidad de formación y liderazgo comunitario, quienes desempeñan un papel fundamental en la preservación, continuidad y expansión del conocimiento ancestral.

Con el propósito de comprender las dinámicas de circulación del conocimiento ancestral, se analizaron los principales destinatarios y espacios utilizados por sabedores, sabedoras y caminantes para compartir sus conocimientos. Los resultados muestran que la transmisión del saber se desarrolla en múltiples escenarios y hacia diferentes actores, evidenciando que estos procesos trascienden el ámbito familiar y se proyectan hacia espacios comunitarios, organizativos e interculturales.

En relación con los destinatarios, se consolidaron 180 registros, lo que evidencia que una misma persona sabedora puede compartir sus conocimientos con diferentes grupos poblacionales. La familia representa el principal destinatario con el 44% (80 registros), seguida de la comunidad con el 42% (75 registros) y personas no pertenecientes a pueblos indígenas con el 14% (25 registros).

Estos resultados muestran que la transmisión del conocimiento ancestral continúa sustentándose principalmente en vínculos familiares y comunitarios. La familia constituye un espacio importante para la continuidad de los saberes y el acompañamiento a nuevas

generaciones, mientras que la participación comunitaria evidencia que la circulación del conocimiento se extiende hacia escenarios colectivos de fortalecimiento cultural y salud propia. La participación de personas no indígenas como destinatarias del conocimiento, aunque representa una proporción menor (14%; 25 registros), evidencia la existencia de procesos de intercambio y diálogo intercultural que amplían el alcance de la medicina ancestral más allá de los espacios comunitarios propios.

En cuanto a los espacios utilizados para la transmisión de saberes, se identificaron 141 registros, lo que indica que una misma persona sabedora puede compartir sus conocimientos en diferentes escenarios. Los espacios comunitarios constituyen el principal lugar de transmisión con el 49% (69 registros), seguidos por la vivienda con el 30% (42 registros). En tercer lugar, se encuentra el territorio de origen con el 16% (22 registros), mientras que la categoría “otros” representa el 6% (8 registros).

Estos resultados muestran que la transmisión del conocimiento ancestral ocurre principalmente en escenarios colectivos y cotidianos de interacción social. Los espacios comunitarios (como malocas, casas ceremoniales, encuentros organizativos y actividades comunitarias) concentran una parte importante de los procesos de enseñanza, evidenciando que el aprendizaje se desarrolla en contextos de participación, acompañamiento y construcción colectiva.

Asimismo, la presencia de la vivienda como segundo espacio de mayor frecuencia evidencia la permanencia de dinámicas familiares e intergeneracionales en la circulación del conocimiento, reforzando el papel del entorno cercano en la formación de aprendices y en la continuidad de los saberes.

Particularmente relevante resulta el territorio de origen, que representa el 16% (22 registros), dado que evidencia que una parte de la transmisión del conocimiento continúa vinculada a espacios ancestrales, sitios sagrados y relaciones con el entorno natural. Este hallazgo sugiere que algunos conocimientos mantienen una estrecha relación con elementos territoriales y espirituales que hacen parte de las formas propias de comprender la salud y el cuidado.

A pesar de la alta participación de sabedores, sabedoras, caminantes y aprendices en procesos de transmisión del conocimiento, los hallazgos evidencian la existencia de tensiones que pueden afectar la continuidad y sostenibilidad de la medicina ancestral. Estas tensiones no se relacionan únicamente con la disponibilidad de personas interesadas en aprender, sino también con condiciones materiales, territoriales, comunitarias e institucionales que inciden directamente en las posibilidades de mantener procesos formativos y garantizar el relevo generacional.

Uno de los principales factores identificados corresponde a la ausencia o limitación de espacios adecuados para el desarrollo de actividades de enseñanza y práctica del conocimiento ancestral. Los relatos de los participantes evidencian que la falta de infraestructura propia restringe la posibilidad de realizar encuentros, prácticas y procesos de acompañamiento orientados a la formación de nuevos sabedores:

“No tenemos espacio para hacer actividad del jaipana; toca pedir permiso al dueño de la casa. Entonces qué queremos hacer, queremos que las instituciones miren a nuestros sabedores ancestrales para que tengan sus propios espacios para estar practicando el pensamiento, transmitir ese conocimiento a nuestros niños, a los aprendices, para poder sacar adelante otro jaipana o tener más jaipana o un pildecero” (J. Moya, comunicación personal, 2026).

Este relato evidencia que la disponibilidad de espacios propios no solo influye en el ejercicio de la medicina ancestral, sino también en la posibilidad de sostener procesos continuos de formación y transmisión del conocimiento. La ausencia de escenarios adecuados puede limitar las oportunidades de aprendizaje y restringir el fortalecimiento de nuevos procesos de relevo generacional.

De manera complementaria, se identifican barreras relacionadas con la disponibilidad de recursos económicos y apoyos para el desarrollo de procesos formativos más estructurados. Los participantes señalan dificultades asociadas a la financiación de materiales, transporte y condiciones mínimas para garantizar la participación de aprendices y jóvenes:

“A veces nos preguntamos: ¿cómo podemos hacer una escuela de medicina para que los jóvenes aprendan?... aquí para aprender no hay recursos: no hay con qué comprar ambiwaska, no hay para ofrecer refrigerio, ni siquiera hay un vaso de agua, y tampoco hay para el pasaje (...). Es necesario que existan personas a quienes enseñar y que se generen espacios o procesos formativos para garantizar el aprendizaje” (Jajoy, I., comunicación personal, 2026).

Estos hallazgos muestran que la sostenibilidad de la medicina ancestral depende también de condiciones materiales que permitan sostener procesos de aprendizaje y participación comunitaria. Las limitaciones económicas pueden dificultar la continuidad de espacios formativos y afectar las posibilidades de incorporación de nuevas generaciones a las prácticas propias.

Adicionalmente, los relatos evidencian tensiones asociadas al contexto urbano. Mientras la transmisión del conocimiento ancestral requiere prácticas vivas, interacción comunitaria y vínculos con elementos territoriales y culturales, las dinámicas urbanas pueden fragmentar o transformar estas condiciones:

“La parte más fundamental del sabedor es que, para poder tener estos conocimientos y preservarlos, es necesario mantenerlos también acá (ciudad) y darlos a conocer a los jóvenes...” (L. Agreda Chicunque, comunicación personal, 2026).

Este planteamiento evidencia que la transmisión del conocimiento no depende exclusivamente de la voluntad de los sabedores o de la existencia de aprendices, sino también de la posibilidad de recrear condiciones que permitan mantener la relación con prácticas, elementos naturales y espacios propios del conocimiento ancestral.

4. Caracterización Cultural de las Especialidades de los/as Sabedores/as de la Medicina Ancestral

Este análisis se orienta a visibilizar la importancia de los sabedores y sabedoras en los procesos de cuidado y atención en salud, a partir de la puesta en práctica de los saberes etnomédicos que configuran formas propias de prevención, armonización, sanación y curación. Posteriormente, el apartado presenta una descripción específica de las especialidades de la medicina ancestral identificadas en cada uno de los pueblos.

Estas prácticas se encuentran orientadas a restablecer el equilibrio y atender las afectaciones que comprometen la vida individual y colectiva, cómo se relaciona en el Capítulo 1, como las formas propias de intervenir las afectaciones, prevenir su aparición y acompañar procesos que requieren su presencia. En la medicina indígena, este ejercicio comprende el análisis de la afectación, que considera el cuerpo, el pensamiento, la palabra y las relaciones comprometidas en cada situación, a partir del cual se definen las prácticas de atención que corresponden para restablecer o mantener el equilibrio y la armonía de la comunidad.

Los sabedores y sabedoras en medicina ancestral ocupan un lugar relevante dentro de los pueblos indígenas, dado el rol que desempeñan en el contexto comunitario respecto a la atención de los asuntos relacionados con los procesos de salud y enfermedad, así como en la orientación y el acompañamiento de procesos que requieren su intervención para el mantenimiento y restablecimiento de la armonía y el equilibrio. El papel de los sabedores y sabedoras en salud se encuentra ligado a prácticas que estos pueblos han sostenido a lo largo de su devenir histórico, dirigidas a orientar, atender y acompañar dichos procesos a partir de formas propias de conocimiento y cuidado.

En este marco, los pueblos indígenas ubican en los saberes etnomédicos una parte sustantiva de sus formas propias de atender la salud y la enfermedad. Según lo expresado por los pueblos durante los espacios de diálogo comunitario llevados a cabo en el marco de este estudio, dichos saberes se sustentan en los sistemas de conocimiento que posee cada pueblo, a partir de los cuales estos colectivos orientan sus maneras de entender la salud y la enfermedad, reconocer las afectaciones y definir las formas de atención que cada situación requiere, según los conceptos propios de salud y enfermedad que cada pueblo posee, tal como se desarrolla en el capítulo 1. En ellos convergen conocimientos sobre el cuerpo, el pensamiento, la palabra, la espiritualidad, el territorio y las relaciones que rodean a la persona, la familia y la comunidad, desde donde se interpreta el malestar, su origen y las formas de intervención que cada situación demanda.

En Bogotá, este ejercicio se despliega en condiciones distintas a las de los territorios ancestrales. La ciudad modifica los lugares disponibles para la atención, altera los tiempos de encuentro y limita el acceso a plantas, elementos y ambientes necesarios para ciertas prácticas, al tiempo que incide en la cercanía cotidiana con la comunidad y en las formas de transmisión de los saberes. Estas condiciones han llevado a los pueblos a desarrollar adaptaciones en los espacios, tiempos y modalidades de atención, en un contexto marcado por la dispersión territorial, la reducción del tiempo compartido y las exigencias propias de la vida urbana.

Las adaptaciones en torno a las prácticas etnomédicas por parte de los sabedores y sabedoras en medicina ancestral asentados en el Distrito Capital se expresan de formas distintas en cada uno de estos pueblos indígenas. Esto se debe a que las formas de dar sustento a la medicina propia de estos pueblos están relacionadas con la trayectoria organizativa de cada uno de estos colectivos en Bogotá, que como se señala en el capítulo 3 titulado *“Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá desde un Enfoque Diferencial, Territorial e Intercultural”*, determina las formas en que cada pueblo sostiene y gestiona los procesos de salud y enfermedad en el contexto urbano, así como con la disponibilidad de espacios, materiales e insumos necesarios para brindar atención y con la posibilidad de mantener prácticas de transmisión, consulta y acompañamiento.

Adicionalmente, se integran los lugares de práctica en un ejercicio geográfico multiescalar en el cual los sabedores y sabedoras identifican sitios de atención, recorridos, alcances y territorios de origen para desarrollar un espectro de sus formas y materializaciones en el espacio. En este punto, toma vital relevancia la procedencia de los lugares de origen a través de las escalas nacionales donde se aplica el enfoque regional influyente de la caracterización territorial para las prácticas dentro de la ciudad. En este contexto, la puesta en práctica de estos saberes etnomédicos presenta rasgos particulares en cada pueblo, lo que se hace visible en las formas en que los sabedores y sabedoras orientan su atención, tal como se desarrolla a continuación.

4.1. Pueblo Muisca de Bosa

Los sabedores, médicos ancestrales, parteras, poporeros, sobanderos, tejedores/as, entre otros, desempeñan un papel fundamental en esta comunidad, pues son quienes preservan y conservan la salud y el bienestar tanto colectivo como territorial. Su tarea no se limita a la práctica inmediata, sino que implica recuperar el conocimiento, los saberes y la memoria de los abuelos que ya partieron, para aplicarlos nuevamente en la vida comunitaria. Tal como lo expresa el sabedor R. Neuta:

La comunidad está en un punto de recuperación, de volver a rescatar ese conocimiento, porque venimos de una época de muchos siglos de olvido. Entonces el primer paso que se ha establecido en la comunidad es recuperar. Recuperar el conocimiento, el saber, el pensamiento, esas formas de cuidarlos. Y el segundo es la tarea de los médicos: si recordamos un poco la historia, cuando arrancó el Cabildo, eso no estaba como ahí, estaba en la memoria de las abuelas, de las plantas. (Comunicación personal, 2026)

Por otro lado, vale la pena precisar que para la comunidad Muisca de Bosa, dentro de la medicina ancestral no existen especialidades en el sentido occidental del término. Lo que se reconoce son dones o prácticas propias, pues la noción de “especialización” responde a un marco académico y normativo ajeno a su tradición. Como lo explica la sabedora N. Chiguasuke:

Yo creería que no existen especialidades, porque una especialidad se hace desde lo occidental. Uno estudia bajo una norma o un pénsum, se especializa en algo. Pero cuando uno habla de medicina tradicional, para mí no se puede decir que es una especialización, sino que es un don. O más que un don, es una práctica propia.” (comunicación personal, 2026)

En consecuencia, el conocimiento ancestral se organiza como don y práctica propia que manifiesta la espiritualidad y la tradición de la comunidad. En este marco, los sabedores y sabedoras de la comunidad Muisca de Bosa han recorrido un largo proceso de reconocimiento y recuperación de la lengua propia. En este camino, se avanza hacia la construcción de una denominación que refleje su identidad y su rol espiritual dentro de la comunidad. Por ello, hasta el momento se ha definido que las mujeres reciben el nombre de Furatybas y los hombres el de Tyba, como una manera de reafirmar la memoria lingüística y cultural que sustenta la medicina ancestral. En ese orden de ideas, se reconoce que existen diferentes tipos de Tybas, vinculados a dimensiones de la comunidad: Tybas de territorio, de espiritualidad, de educación, de salud, de cultura, de economía y de gobierno propio. Esta clasificación no solo fortalece la organización interna, sino que también visibiliza la diversidad de roles que sostienen la continuidad de los saberes y la práctica ancestral en el contexto urbano.

4.1.1. Especialidades

Especialidad 1. Tybas & Furatybas

Cuando hablamos de un sabedor nos referimos a aquella persona que posee un don o una práctica propia, la cual se fundamenta en principios espirituales y comunitarios. Su labor debe estar enmarcada en las cuatro leyes universales: el Derecho Mayor (cosmovisión y cosmogonía), la Ley de Origen, la Justicia Propia y el Calendario Ancestral. Desde estos principios, el sabedor establece su relación con todos los campos de la salud, integrando lo físico y lo espiritual en un proceso de sanación que conecta al individuo con la comunidad y el territorio. En este marco, los dones o prácticas propias de cada sabedor cumplen un mismo propósito: la sanación integral del paciente, que abarca lo físico, lo mental y lo espiritual. La sanación es un tejido que puede darse, desde el médico tradicional hasta el sabedor de música, pictografía o artesanía.

Especialidad 2. Tejedores:

El oficio del tejedor es un camino integral que vincula desde el cuidado de la chiva o la oveja hasta llegar a una relación espiritual con la lana: cómo se lava, qué pensamiento o intención se le va a poner, qué rezo o conjuro la acompaña en su preparación para el uso. Los tejedores son guardianes de un saber ancestral que permite limpiar, purificar y sanar al ser humano en todas sus etapas: desde el vientre materno y el nacimiento, hasta la niñez, la adultez y la vejez. Este vínculo con la vida se manifiesta de forma física en la elaboración del "ombligo" de la mochila (cona); sus nueve puntos iniciales simbolizan los nueve meses de gestación. Si este centro se tuerce, el tejido revela que la intención no fue bien sembrada, pues el hilo es un espejo del estado espiritual de quien lo sostiene.

Guiados por el calendario ancestral, los tejedores elaboran mantas, cusmas, trajes y mochilas que son mucho más que indumentaria: son piezas de la cosmogonía viva. Con cada hilo y aguja, se activa un "círculo de palabra", un ritual donde el tejido se convierte en un receptor de las energías de la comunidad. El tejedor posee el don de recoger tanto los pensamientos positivos como los negativos de los comuneros/as, pues el tejido se convierte en un acto de prevención y curación frente a las desarmonías. La sanación ocurre en la intención de cada puntada. Al comenzar una pieza, el tejedor deposita en ella lo que sucede en su entorno: sus dolores, preocupaciones y búsquedas. A medida que el tejido avanza, las soluciones emergen y las tensiones se sueltan, un claro ejemplo de ello es en los espacios comunitarios, allí se recogen muchas energías, por lo que puede repercutir en el tejido de tal manera que puede torcerse o se dificulta, señalando la necesidad de una armonización del espacio.

En conclusión, para el tejedor, el hilo es memoria y medicina. Su labor integra el mito con la práctica cotidiana, demostrando que el tejido previene, y, al prevenir, también cura.

Especialidad 3. Agricultura:

El sabedor/a de agricultura conserva un conocimiento tradicional y espiritual que se guía por el calendario ancestral, las formas de siembra y los ciclos de las semillas. Organiza y armoniza la chagra o huerta siguiendo los ritmos del sol y la luna, y preparar abonos orgánicos y repelentes naturales para proteger los cultivos. Este saber permite mantener huertas comunitarias y caseras que proveen alimentos y medicinas para la prevención y sanación de desarmonías, además de insumos para actividades colectivas.

Además, la práctica agrícola se realiza desde el conocimiento y las tradiciones ancestrales como una apuesta por la sostenibilidad y la producción orgánica. La siembra inicia con el nuevo año Muisca, el 2 de febrero, y la preparación de la tierra se extiende hasta el 21 de marzo, día en que comienza el cultivo. Estos tiempos, guiados por mayores y abuelas de la comunidad, permiten que las huertas se llenen de vida con plantas como papayuela, gulupa,

pepino, maracuyá, mora, ají rocoto y calabazas entre otras, para sostener el buen vivir colectivo y evitar el cambio climático. (Cabildo Muisca de Bosa, 2020).

Especialidad 4. Poporero:

El Poporero realiza un trabajo espiritual con el poporo, instrumento que le permite cuidar y sanar el territorio a través de una energía conectada con el cosmos. Con su calabazo, el poporero protege los sitios sagrados y fortalece la relación entre la comunidad y el orden espiritual del universo. Su labor implica una lectura profunda del espacio, aprendiendo cómo funciona y cómo se cuida la Madre, entendida como el territorio mismo. Este conocimiento está vinculado a los sitios sagrados dentro y fuera de la comunidad Muisca de Bosa, donde se realizan trabajos físicos, materiales y espirituales. Cada lugar ofrece una enseñanza particular sobre lo que debe hacerse, tal como se encuentra inscrito en los pictogramas de las piedras de Facatativá, Quinini, la piedra del indio de Soacha, las piedras de Bojacá y Chivo Negro, así como en cerros, montañas, lagunas, humedales, ríos, cuencas y subcuencas de las vertientes del territorio.

Desde el pensamiento indígena, los lugares sagrados del territorio ancestral son reconocidos por los sabedores mayores, quienes identifican su función dentro del orden natural y transmiten ese conocimiento por tradición oral. La comunidad Muisca de Bosa reafirma la importancia de estos espacios mediante pagos, actos rituales que se realizan para pedir, sanar, entregar y curar. En ellos, desde diversas creencias, se busca la salud y el equilibrio espiritual (Cabildo Muisca de Bosa, 2020).

Especialidad 5. Oralidad:

La oralidad es la transmisión que se ha realizado a lo largo del tiempo por medio de la palabra. Es el relato que pasa de generación en generación: “dice mi abuela, que dijo el abuelo, que dijo el bisabuelo, que antiguamente...” y así comienzan a contarse mitos y leyendas. El sabedor o sabedora de la oralidad se dedica precisamente a este ejercicio de transmitir y recordar, trayendo a la memoria el territorio y cómo era en tiempos pasados.

Desde la oralidad, el sabedor/a debe conocer mitos, leyendas, historias, fábulas, cantos, rezos y conjuros con el propósito de buscar sanación, liberación y protección. Este conocimiento fortalece la identidad cultural al transmitir la historia de la cultura Muisca y contribuye a la preservación de las tradiciones, manteniendo viva la memoria colectiva. Dentro de esta práctica, el sabedor también realiza un consejo espiritual que se da a través de la palabra, y eso mismo es oralidad. Por ello, la oralidad también es sanar: se sana desde la palabra, desde el mito, y a través del rezo, pues el rezo se hace por medio de la boca, transmitiendo oralidad con un sentido espiritual.

Asimismo, se comparte cómo era el territorio antes de la urbanización y la contaminación, explicando los caminos reales y las formas de vida que se practicaban. Dentro de este saber también se incluyen los alimentos propios de la comunidad, que forman parte de la transmisión cultural y espiritual.

Especialidad 6. Música y Danza:

Este saber se practica desde la dimensión espiritual, a través del canto, la música y la danza, que acompañan los rituales, círculos de palabra y pagos. La música y su letra son entendidas como formas de sanación para la comunidad y para la humanidad. Para elaborar los instrumentos musicales, el sabedor debe agradecer y pagar a la Madre con semillas, madera y cuero, reconociendo que cada elemento proviene de la naturaleza.

El sabedor canta a los elementales fuego, aire, agua y tierra, así como a las montañas, lagunas, mares, al sol, la luna, los astros y los planetas. Estos cantos se convierten en herramientas de armonización que influyen en la salud física, mental y espiritual. Cuando se presenta una desarmonía muy fuerte, el sabedor remite el caso a un médico tradicional experto en plantas, acompañando el proceso con música, danza y el soplo del tabaco.

Para concluir este apartado de especialidades o prácticas aparentemente no relacionadas de manera directa con la sanación, es fundamental resaltar que prácticas como la música, el canto, la danza y el tejido forman parte esencial de la medicina ancestral. Desde la tradición, los usos y las costumbres, se reconoce en ellas un profundo valor cultural y espiritual, pues son consideradas indispensables para la sanación por su vínculo con la Madre y con los ancestros. A través de estas expresiones, las personas logran liberar pensamientos y emociones negativas, transformándolos en energía positiva que contribuye a armonizar cuerpo, alma y espíritu (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2024).

Ahora bien, las desarmonías o desequilibrios que pueden ser atendidos desde el rol de los sabedores abarcan tanto lo espiritual como lo físico: el dolor, el resentimiento, el ego, la prepotencia, las calumnias, las injurias, los ataques psíquicos, la discriminación, la pereza, los encadenamientos, los nudos, los karmas del pasado, así como prácticas de brujería o magia negra etc. Todos estos desequilibrios pueden trabajarse a través de múltiples expresiones culturales y espirituales como la música, el canto, el rezo, el conjuro, la danza, el tejido, la agricultura, la pictografía, las leyendas, los mitos, los relatos entre otros. De este modo, la sanación no recae únicamente en el médico tradicional o en las parteras, sino que se extiende a cada práctica y don de los sabedores, quienes aportan desde sus diferentes saberes a la armonización física, material y espiritual de la comunidad. Cabe resaltar que cada médico o sabedor atiende de manera única, pues su aprendizaje marca las formas de consulta y sanación. En cuanto a las prácticas de prevención y sanación de los sabedores se fundamentan en un enfoque integral que combina la espiritualidad, la palabra y el uso de la naturaleza. Para prevenir enfermedades, se prioriza la

reflexión desde la tradición oral, el cuidado del pensamiento, la música, la danza, el tejido, junto con el consumo de aguas aromáticas y limpiezas energéticas mediante riegos. Asimismo, es fundamental el diálogo inicial con el paciente para brindar ánimo y concientizar a la familia, preparando el estado emocional, mental y espiritual antes de que se manifieste un desequilibrio mayor.

Por otra parte, en lo que respecta a la sanación y curación, los sabedores emplean una amplia variedad de terapias botánicas que incluyen tomas de plantas (amargas y dulces), baños, vaporizaciones para órganos específicos y sahumerios. Estas prácticas suelen estar dirigidas por expertos en medicina tradicional que utilizan elementos simbólicos como el soplo de tabaco y la música para armonizar al paciente y reducir el estrés. En casos donde la dolencia física persista, se recurre a técnicas manuales como "sobos" o, si la complejidad lo requiere, se remite a los mayores expertos de la comunidad (médicos tradicionales y parteras).

En relación con sus espacios de vida y trabajo, todos los sabedores residen en la Localidad de Bosa, donde la mayoría cuentan con viviendas familiares u otras viviendas propias de buena estructura. No todos disponen de una huerta casera, aunque existen excepciones como la sabedora Martha Orobajo, quien cuida dos huertas, entre ellas la Huerta Bosa, que además está abierta a la comunidad. Por otra parte, aunque algunos sabedores no cuentan con terrenos adecuados para la siembra, suelen mantener plantas medicinales como marihuana, hierbabuena o toronjil en macetas, asegurando así la continuidad de sus prácticas. De manera complementaria, la sabedora de tejido dispone de un espacio propio destinado a sus labores, donde trabaja estampados, bordados y todo lo relacionado con el arte del tejido y la confección. Este lugar no solo constituye un taller de producción, sino también un espacio de transmisión de saberes, en el que se preserva la memoria cultural y se fortalece la identidad comunitaria.

Finalmente, y de manera general, la caracterización de los sabedores médicos tradicionales, parteras, sobanderos, así como los dedicados a la agricultura, la música, la danza, el tejido etc, evidencia la diversidad de insumos que emplean en sus prácticas de prevención y sanación. Estos insumos se agrupan en varias categorías. En primer lugar, las plantas medicinales dulces y amargas junto con flores, semillas, raíces, tallos y hojas, que constituyen la base de la medicina preventiva. En segundo lugar, los instrumentos musicales como maracas, chanchas, guitarra, fotata, pitos, tambor y guairá de plumas o de hoja, que se emplean en ceremonias y rituales de sanación. En tercer lugar, los instrumentos rituales tales como collares, tejidos a través del uso de la aguja y la lana, cerámicas, manillas, aseguranzas, penachos, cusmas, trajes y chumbes, que refuerzan la dimensión espiritual de las prácticas.

En cuarto lugar, se encuentran los materiales para la preparación de medicina propia, entre ellos aceites, cremas, pomadas, ungüentos, licamancha, jarabe indio, jarabe de coco, vitaminas, vinam, verdeyaco, rape, mambe verde y mambe de maíz. En quinto lugar, los elementos de purificación como velas, inciensos, sahumerios, riegos, semillas, cuarzos, tumas, turmalinas y piedras, que se utilizan para limpiar y armonizar energías. Finalmente, algunos

sabedores emplean elementos de origen animal, aunque su uso es más limitado; entre ellos destacan plumas, huesos, cascotes, pieles y cuernos. Vale la pena señalar que, para la adquisición de los insumos, la comunidad realiza primero un ritual de orientación espiritual que permite determinar cuáles elementos deben ser utilizados en cada práctica. Este proceso se complementa con un círculo de palabra, espacio colectivo en el que se dialoga y se acuerda qué funciones pueden llevarse a cabo desde la dimensión espiritual.

Especialidad 7. Médico Ancestral:

El médico ancestral, a partir de sus saberes tradicionales, se dedica a tratar, diagnosticar y sanar las desarmonías que afectan cuerpo, alma y espíritu. Para ello recurre a medicinas tradicionales como plantas, rezos, lecturas del territorio, masajes, limpiezas y despojos, con el propósito de recuperar la armonía y garantizar el buen vivir de las personas (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2022). La atención en medicina ancestral se realiza mediante consultas de médicos tradicionales o parteras, quienes evalúan la salud física y espiritual del individuo, la familia y la comunidad. Este proceso se desarrolla a través de la historia de vida, el diálogo, la escucha y la observación, lo que permite comprender la situación y aplicar tratamientos de sanación y prevención.

Las desarmonías que atienden abarcan enfermedades físicas como mal de ojo, herpes, culebrilla, sinusitis, várices y dermatitis, entre otras; y enfermedades espirituales o emocionales como depresión, estrés, ira, miedo, duelo, cargas energéticas o brujería. La prevención se centra en restablecer el equilibrio integral mediante consejería espiritual, limpiezas, rituales de protección, plantas medicinales, purgas, masajes y vapores. También incluye el “aseguramiento” o protección espiritual del médico y del paciente, observando ciclos naturales como los lunares y cuidando el “cuerpo-territorio”.

La sanación combina remedios físicos y simbólicos: plantas en baños o infusiones, aceites, ventosas y limpiezas con elementos naturales, junto con rezos, cantos y conexión con sitios sagrados. Más allá de eliminar síntomas, implica acompañar al paciente en un proceso interior de sanación, identificando la raíz del desequilibrio y promoviendo su propia capacidad de sanar. En cuanto a los espacios de atención, los sabedores residen en Bosa y atienden en sus viviendas familiares, en consultorios independientes, en escenarios comunitarios como el Qusmuy o la Casa de Medicina, e incluso de manera domiciliaria. Esta diversidad refleja la flexibilidad y el compromiso de los médicos ancestrales con las necesidades de la comunidad, fortaleciendo el carácter colectivo de sus prácticas.

Especialidad 8. Partera:

La partera tradicional Muisca de Bosa acompaña y protege a cada madre en el proceso de gestación, parto y dieta, estableciendo una relación íntima que asegura el desarrollo en armonía con el orden propio y con la Ley de Origen transmitida por la madre Bachué. Su labor integra dietas, plantas medicinales, masajes, infusiones, baños de inmersión y sudoración, sahumeros, soplos y ceremonias de llamado, con el fin de resguardar el espíritu de la familia gestante y convocar al nuevo ser. Su enfoque privilegia la mínima intervención, fomenta el amamantamiento y acompaña con presencia y rezos, garantizando un cuidado integral físico y espiritual. Además, acompaña a la mujer en cada ciclo vital —niñez, juventud, gestación y abuelazgo— considerando los ciclos lunares y la energía del territorio como ejes fundamentales de cuidado (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2022).

Las parteras atienden desarmonías físicas como el descuajo, el mal de ojo, el seco de difunto, la matriz caída, dolores bajitos, infecciones vaginales, quistes o tumores de seno, entre otras. Su rol también abarca desarmonías emocionales y espirituales, en articulación con médicos tradicionales. Son reconocidas como médicas tradicionales, pues diagnostican, formulan medicación y realizan limpiezas. Asimismo, llevan a cabo ceremonias mortuorias relacionadas con la placenta, el ombligo o incluso con el bebé en caso de fallecimiento, reafirmando su papel como guardianas de la vida y de la continuidad espiritual de la comunidad.

En prevención, emplean consultas orales diagnósticas, plantas medicinales (aromáticas, vapores vaginales, baños de limpieza), masajes, purgas y consejería espiritual. Subrayan la importancia del autocuidado: la partera debe estar espiritualmente armonizada antes de atender, llegando incluso a suspender labores si se siente enferma o cansada para no transmitir desequilibrios. También promueven rituales de protección y limpiezas con elementos como alcohol, arroz o algodón para evitar que las enfermedades se vuelvan crónicas.

Para la sanación, recurren al poder de las manos, complementado con aceites, emplastos, infusiones, ventosas y el velón. Los tratamientos siguen ciclos simbólicos, como las nueve noches de curación vinculadas a la gestación, y se basan en la intención del corazón y la conexión espiritual con ancestros y el fuego. Se emplean limpiezas espirituales (huayra) y prácticas mortuorias, aplicadas no solo ante la muerte física, sino también para sanar rupturas emocionales o depresiones. En casos graves o fuera de su alcance, como fracturas o “negatividad alta”, las parteras remiten con responsabilidad al médico tradicional o al sistema de salud occidental. Todas las parteras residen en la localidad de Bosa y cuentan con viviendas familiares o propias, donde han adecuado espacios para la atención de pacientes, principalmente para sobos, masajes y cuidados. Sin embargo, estos lugares no suelen estar destinados a la recepción de partos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer y dignificar espacios específicos para su labor, garantizando condiciones de higiene, iluminación y estructura apropiadas.

Especialidad 9. Sobandero/a:

El sobandero es una figura de gran importancia dentro de la medicina ancestral, y puede ser tanto un médico tradicional como una partera. Su labor se centra en la práctica de los sobos y masajes, dirigidos a atender lesiones y desarmonías físicas como tronchaduras, esguinces, descuajos o displasia de cadera en bebés. Asimismo, acompaña procesos específicos de las mujeres, como el cierre de la dieta posparto, y brinda terapias para afecciones más complejas como el cáncer de seno, los quistes o incluso problemas en los ovarios. El sobandero aporta un conocimiento profundo que integra lo físico con lo espiritual, pues cada sobo no solo busca aliviar el dolor, sino también restablecer la energía vital y la armonía perdida. En este sentido, su práctica se convierte en un puente entre la medicina tradicional y la vida cotidiana de la comunidad.

En términos generales, todos los sabedores incluidos médicos tradicionales, parteras y sobanderos residen en la Localidad de Bosa, donde la mayoría cuentan con viviendas familiares o propias de buena estructura. Algunos disponen de espacios dentro de sus hogares para la atención de pacientes, mientras que otros han establecido consultorios independientes diseñados específicamente para la sanación. También existen quienes realizan sus prácticas en escenarios comunitarios como el Qusmuy o la Casa de Medicina, fortaleciendo el carácter colectivo de la atención, y en ciertos casos ofrecen acompañamiento de manera domiciliaria, lo que refleja su compromiso y flexibilidad frente a las necesidades de la comunidad.

4.1.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

La urbanización en Bosa ha reducido las zonas verdes y desplazado el trabajo agrícola, transformando usos y costumbres tradicionales. Este cambio refleja la tensión entre crecimiento urbano y la pérdida de prácticas ligadas al territorio y la memoria Indígena (Alcaldía Local de Bosa & Cabildo Mayor Indígena Kichwa de Bogotá, 2015). En este contexto, la comunidad Muisca de Bosa se encuentra actualmente en un proceso de recuperación tanto del territorio como de la memoria, con el fin de preservar la salud y el bienestar colectivo. Un ejemplo claro de esta recuperación comienza desde el linaje de las familias Muiscas, donde se busca reconocer y comprender las raíces heredadas, tanto espirituales como físicas, para fortalecer la continuidad de la medicina ancestral y de la vida comunitaria. En palabras de Y. Chiguasuque: “De un tiempo para acá lo hemos estado haciendo, empezar a evocar la familia. Es empezar a mirar, a preguntar, a examinar nuestro linaje, hasta qué punto las enfermedades vienen de atrás y aún se conservan en nuestra genética. Y qué posiblemente se puede hacer para que eso se vaya sanando, se vaya curando.” De manera complementaria R. Neuta señala que debido a la pérdida de territorio y la llegada de la urbanización lo primero que se plantea es “recuperar el conocimiento, el saber de la medicina, de las plantas, de los tratamientos, ya se ha despertado esa inquietud de que el alimento, las plantas, los productos propios son importantes para la medicina.” (comunicación personal, 19 de febrero de 2026).

Ahora bien, aunque hoy en día la comunidad indígena Muisca de Bosa conserva sus saberes y tradiciones en torno a la medicina ancestral, este camino no ha sido sencillo. La transformación del territorio ha generado múltiples obstáculos, entre ellos la contaminación de los ríos Tunjuelito y Bogotá fuentes vitales para la comunidad y el cambio en el uso del suelo derivado de los planes de ordenamiento territorial (POT), lo cual ha modificado prácticas tradicionales de siembra y cultivo de plantas sagradas (Cabildo Indígena Muisca de Bosa, 2022).

Pese a este escenario urbano, la medicina ancestral ha incorporado nuevos conocimientos y adaptaciones mediante herramientas de origen occidental que se integran a los procesos y prácticas tradicionales. Como señala Galeano (comunicación personal, 19 de febrero de 2026), “en la ciudad muchas cosas cambian; hay máquinas para la terapia, las medicinas evolucionaron y ya se sabe cómo procesarlas y extraerlas de las bebidas”. En la misma línea, Arévalo (comunicación personal, 19 de febrero de 2026) destaca la incorporación de herramientas provenientes de la medicina occidental, como “el uso de elementos que ayudan a fortalecer el diagnóstico o máquinas especializadas para apoyar la función terapéutica. Entonces, están las masajistas y las terapistas, pero también existe maquinaria que ayuda a realizar la labor de la terapia y evita un desgaste físico tan fuerte”. Este panorama evidencia cómo los sabedores han apropiado estas herramientas dentro de sus prácticas de sanación, articulando tradición e innovación para fortalecer y mantener viva la medicina ancestral en un contexto urbano en constante transformación.

Asimismo, en el proceso de caracterización de los sabedores y sabedoras de la comunidad Muisca de Bosa se identificó que muchos de ellos emplean insumos de origen occidental como algodón, alcohol, camillas, velas, velones e inciensos en rituales, quemas de fuego y prácticas de sanación. A esto se suman elementos de protección como tapabocas y guantes, necesarios por el contacto directo con los pacientes. Todo ello evidencia un proceso de adaptación que combina lo ancestral con lo contemporáneo, manteniendo la esencia espiritual de la medicina mientras se asegura el cuidado y la seguridad en el contexto urbano. La preservación de la medicina ancestral no solo depende de la recuperación del territorio y de la adaptación a los cambios urbanos, sino también de la transmisión constante de los saberes a las nuevas generaciones y a toda la comunidad. Este proceso se da en múltiples espacios cotidianos: desde la chagra y las huertas, en los círculos de palabra, las mingas, las tertulias y hasta en los pagamentos entre otros espacios, donde cada práctica se convierte en oportunidad de aprendizaje y memoria compartida. Como lo expresa R. Neuta:

Ha sido difícil también estas prácticas ancestrales porque se nos ha perdido el territorio, pero nosotros desde la parte ancestral acá con nuestros comuneros, con nuestros aprendices que han venido ejerciendo también esas prácticas ancestrales con el cuidado de nuestras plantas, nuestra botánica y también otros sitios sagrados, hemos venido haciendo ese intercambio de

saberes para que no se nos pierda nuestro conocimiento ancestral de nuestros abuelos milenarios. (comunicación personal, 2026)

Esta enseñanza se realiza principalmente desde la práctica, pues, como señala M. Cobos (comunicación personal, 2026), “la única forma de poder transmitir es haciendo, entonces en la práctica”. A su vez, E. Arévalo, recuerda que “la mayoría nacemos con un don, y desde niño se nota, la educación propia de la comunidad debe determinar quiénes son líderes, quiénes son médicos, quiénes hacen esto, lo otro”. (comunicación personal, 19 de febrero de 2026). Estas voces muestran que la continuidad de la medicina ancestral depende tanto de la práctica cotidiana como del reconocimiento de los dones heredados, asegurando que el conocimiento se mantenga vivo y enraizado en la comunidad.

No obstante, los sabedores también advierten que la medicina tradicional enfrenta desafíos en el contexto urbano, especialmente por el desconocimiento de la medicina occidental frente a los saberes y prácticas de las comunidades indígenas. Como expresa Y. Chiguasuque:

Yo digo que si tenemos esas barreras, es de la igualdad en la prestación del servicio como yo lo quiero. Y la igualdad en el sentido de ampliación dentro de la medicina tradicional, también que sea un derecho y que también sea amparado, en este caso, por la Secretaría. Que la Secretaría sepa que no solamente está la medicina occidental, sino también está la medicina tradicional, no solamente de los Muisca, porque todos los pueblos indígenas manejan su propia medicina, y es respetable y hay que seguirla conservando en cada uno de los pueblos que comparten. (Comunicación personal, 2026)

Esta percepción revela la necesidad de un reconocimiento institucional que garantice igualdad en la prestación de servicios de salud, incluyendo la medicina tradicional como un derecho legítimo de los pueblos indígenas. Finalmente, la comunidad concibe la medicina occidental como una forma de cuidar la vida, pero distinta de la sanación ancestral, ya que se centra en el cuerpo y no en el alma. La falta de atención diferencial y la valoración de las prácticas culturales ancestrales y espirituales por parte de las instituciones se explica por el desconocimiento de la medicina tradicional, pese a los esfuerzos realizados con la Secretaría Distrital de Salud. Por ello, el Cabildo Muisca de Bosa busca la recuperación y reivindicación de su cultura, usos y costumbres mediante estrategias articuladas con el Distrito (Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa, 2020). En palabras de R. Neuta:

En lo occidental ustedes revisan la forma de atenderte, de curarte; allí no se habla de sanación, allí se habla de curar, de prevenir desde lo físico. En lo propio, ya se habla de sanación y eso implica unos procesos adicionales. Nosotros no hablamos de curar la enfermedad física

como tal, sino de sanar desde lo espiritual, identificando la raíz de la enfermedad, porque la idea es quitar la enfermedad como tal. (Comunicación personal, 2026)

Así, mientras la medicina occidental se limita a tratar síntomas físicos, la medicina ancestral Muisca busca una sanación integral que reconoce la raíz espiritual de las desarmonías y restablece la armonía entre cuerpo, espíritu y territorio.

4.1.3. Espectro geográfico

El pueblo de Muisca de Bosa, en esencia asentado hacia el suroccidente de la ciudad, tiene un alcance predominantemente local, organizado a partir de núcleo de gobernanza y simbólico fuerte centrado en cercanías al río Tunjuelo. Se evidencia una proyección de las acciones en prácticas centrales medicinales de espectro multiestelar ya que las acciones locales trascienden hacia la escala distrital y nacional en búsqueda de los insumos necesarios para las prácticas.

En la escala local, el sabedor territorial es clave para entender las dinámicas de sanación de los miembros de la comunidad debido a su conocimiento territorial relacionado con espacios eco-territoriales, espirituales y comunitarios vinculados al cuidado integral. Entre estos se encuentran las juntas de los ríos Tunjuelo y Bogotá, humedales Tibanica y Chiguasque, la Casa Sagrada Qumuy y la Casa de Medicina, lugares que funcionan como nodos protectores donde convergen prácticas de armonización, limpiezas, consultas, pagos y transmisión de saberes ancestrales. Estos espacios actúan como escenarios de cohesión comunitaria, memoria viva y resistencia cultural frente a la formación histórica del territorio. El mapa (Figura 21), evidencia que gran parte de los recorridos y desplazamientos locales de los sabedores, se dan en torno a estos espacios, fortaleciendo la relación entre la movilidad, territorio y sanación.

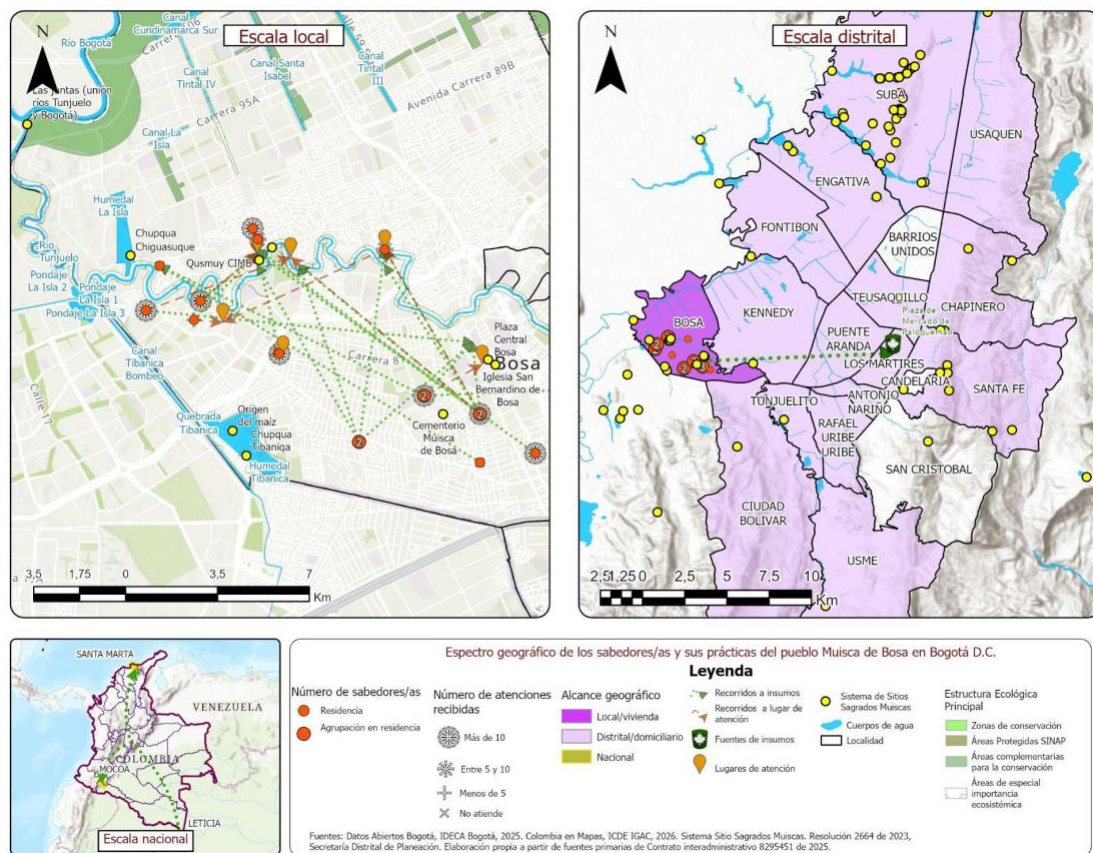
La expansión urbana de Bosa, el cambio del uso del suelo, muchas veces definida por los Planes de Ordenamiento Territorial, la reducción y la contaminación de espacios naturales como los ríos Tunjuelo y Bogotá, han reconfigurado las prácticas y territoriales en torno a la sanación de la comunidad. Lo anterior afecta especialmente las prácticas agrícolas, la siembra de plantas medicinales y el acceso a espacios naturales considerados sagrados. Esto ha generado una limitación de uso de los terrenos para la disponibilidad de huertas y prácticas medicinales, lo que debilita la relación material y simbólica entre la medicina ancestral y el territorio. Esta situación, ocasiona que los sabedores se vean obligados a desplazarse a otros espacios de la ciudad y fuera de ella para garantizar la obtención de insumos, ceremonias y la continuidad de los procesos de sanación.

El mapa muestra la construcción de rutas territoriales de atención propia denominadas *Zuna* (camino), que permiten flujos de medicina ancestral a través de diferentes escalas espaciales. A nivel distrital, no solo han establecido articulación con instituciones como Capital

Salud y la Secretaría Distrital de Salud, sino que genera los recorridos hacia los cerros orientales, lagunas, páramos y otros sitios sagrados ubicados fuera de la localidad y muestra que la práctica no se restringe únicamente al espacio residencial de los sabedores; se expande hacia territorios de alto valor ecológico y espiritual en distintas zonas de Bogotá y municipios cercanos, como Soacha, Sesquilé, entre otros. Estos desplazamientos registrados reflejan procesos reterritorialización mediante los cuales los sabedores forman vínculos espirituales y ecológicos en medio del contexto urbano que fragmenta el territorio ancestral.

Finalmente, a escala nacional, el mapa muestra la importancia de los desplazamientos fuera de la ciudad. Las prácticas de medicina ancestral del pueblo Muisca de Bosa se articulan con redes territoriales más amplias que conectan a los sabedores con regiones como la Sierra Nevada de Santa Marta, Putumayo, y la Amazonia. Estos desplazamientos permiten el intercambio de saberes e insumos, fortalecimiento espiritual y la adquisición de insumos necesarios para las prácticas medicinales, ampliando el alcance geográfico de los procesos de sanación más allá de su territorio ancestral. De esta manera, el proceso cartográfico representa la localización de los sabedores/as y sus espacios, además de los flujos territoriales comunitarios y espirituales que sostienen la medicina ancestral Muisca en múltiples escalas, desde los núcleos de cuidado en Bosa, hasta redes nacionales de intercambio y fortalecimiento cultural.

Figura 21. Mapa de espectro geográfico y lugares de los sabedores/as del pueblo Muisca de Bosa en Bogotá.



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Muisca de Bosa, aplicadas en el marco de la investigación.

4.3. Pueblo Muysca de Suba

Para comenzar, en la comunidad Muysca de Suba los roles sociales no se limitan a la distinción entre sabedores y no sabedores; por el contrario, existe una diversidad de categorías y funciones que contribuyen al cuidado integral de la salud y a la pervivencia cultural de la comunidad. Entre estas se encuentran los zaitas, saias, hizca ie enta zaitas y guexicas nga caquis, entre otros.

El Zaita es reconocido como la autoridad espiritual y guardián de los conocimientos ancestrales de la comunidad. Sus funciones comprenden la investigación, el estudio, la orientación espiritual, el acompañamiento comunitario y la realización de pagos y rituales. Según su especialización, también puede desempeñar labores relacionadas con la atención médica tradicional. Su quehacer articula dimensiones espirituales, territoriales y comunitarias, lo que le otorga un papel central dentro del sistema de salud propio.

Asimismo, la comunidad cuenta con un círculo de zaitas, figura organizativa que posibilita el palabreo, el consenso, el disenso, así como la recuperación y revitalización de los conocimientos ancestrales y las prácticas tradicionales. En este espacio participan los médicos tradicionales, quienes brindan atención médica y mantienen una estrecha relación espiritual con los saberes ancestrales.

Por otro lado, los Zaias poseen conocimientos especializados en áreas como la música, la danza, el tejido, la alfarería, la orfebrería, la lengua de Suba, la agricultura y la preparación y uso de plantas medicinales. Estos saberes contribuyen al cuidado de la salud, la prevención de desarmonías y el fortalecimiento de las prácticas tradicionales mediante la transmisión de sus conocimientos.

Los hizca ie enta zaitas (caminantes), por su parte, corresponden a los aprendices de medicina de la comunidad, designados por los zaitas de acuerdo con su camino y compromiso. Su función consiste en aprender de los integrantes del círculo de zaitas, con el propósito de preservar y proyectar los conocimientos ancestrales, garantizando así su continuidad dentro de la comunidad.

Por su parte, los guexicas nga caquis (abuelos y abuelas) representan a los mayores de la comunidad, reconocidos y respetados por su experiencia y sabiduría. Su papel se desarrolla principalmente en los ámbitos familiar y cotidiano, desde donde orientan, aconsejan y transmiten conocimientos a las nuevas generaciones.

Finalmente, la Zaitana Espiritualidad de la Antigüedad constituye un eje transversal a todas las especialidades mencionadas, al configurarse como la base de la medicina tradicional. Esta especialidad se orienta a la comprensión de la Ley de Origen, la ley natural y el derecho mayor, principios que regulan el orden espiritual de la comunidad. Debido a su complejidad, exige un trabajo permanente de pagos y consultas espirituales por parte de los zaitas, con el fin de preservar el equilibrio espiritual del territorio.

A continuación, se presentan las diferentes especialidades que conforman el sistema de salud del pueblo Muysca de Suba, junto con una breve descripción de sus funciones y saberes. Este listado surge del ejercicio de caracterización realizado, en el que se identificó que cada especialidad posee la capacidad de atender y prevenir desarmonías tanto físicas como espirituales.

4.2.1. Especialidades

Especialidad 1. Teguá plantas.

Esta especialidad consiste en los conocimientos relacionados con el uso de plantas, abarca desde la siembra de las plantas, su cuidado, su cosecha y su preparación. Esta especialidad

puede atender desarmonías de carácter físico y espiritual en las fases de prevención y de curación. Cada tratamiento depende de la desarmonía, pero las principales prácticas de esta especialidad son las infusiones, los emplastos fríos y calientes, las vaporizaciones, licuados, maceraciones, sahumero, destilación y decocción.

Especialidad 2. Pquyquy quyigo Consejería espiritual.

La consejería espiritual es realizada por los zaita, dado que para llevarla a cabo de forma correcta se debe tener conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo espiritual y cómo este afecta al cuerpo físico. La práctica se enfoca en las desarmonías espirituales, aunque no es excluyente de las desarmonías físicas, pues, en el pensamiento Muysca de Suba, una desarmonía espiritual puede llegar a afectar directamente el cuerpo físico si no es atendida a tiempo. Esta especialidad no se limita solo al ejercicio de escucha al paciente, dado que los zaitas realizan una revisión del estado espiritual de la persona para así darles una orientación específica respecto a la situación que presentan. Se desarrolla en espacios como lo son el cusmuy, la tytua, las ceremonias y huertas de la comunidad, y otros sitios sagrados del territorio Muysca.

Especialidad 3. Subacubun Lengua de Suba.

Hay una relación profunda entre la lengua y la medicina propia. El primer vínculo que establece es de orden espiritual y sensorial: cuando se usa la lengua en contextos rituales como los pagos, hay una mayor conexión con la ancestralidad. En este sentido la lengua es una fuerza viva que responde: “Yo siento que la lengua es como un zaita en sí. Cuando tú empiezas a hablarle, te responde.” (Nicole Torres, 2026). La lengua es el reflejo de un sistema de pensamiento, y ese sistema de pensamiento es el que determina la salud o la enfermedad “si la lengua es el reflejo de un sistema de pensamiento, y nosotros hablamos el castellano, y el castellano proviene de toda la colonización, y la colonización busca enfermarnos, no solo a nosotros humanos, sino también al territorio, pues yo siento que estamos malquísimos” (Nicole Torres, 2026). Por lo tanto, recuperar y usar la lengua nos permite sanar.

Finalmente, este argumento se ancla en una concepción de salud que viene desde adentro y que se conecta con el territorio y sus saberes ancestrales. Volver a la lengua es volver al mundo antiguo: “para mí, que nosotras volvamos a entender todo esto territorial es volvernos a acercar a todo ese mundo antiguo. Y en ese mundo antiguo, en el zaitana, hay un montón de saberes espirituales que el mismo territorio enseña” (Nicole Torres, 2026). Por esta razón, zaitas, abuelos, abuelas y demás comunidad usan la lengua en las armonizaciones, cantos, procesos de limpieza, tratamientos medicinales y demás. La lengua de Suba, entonces, hace parte de las especialidades de medicina propia porque hablar subacubun es, en sí mismo, un proceso de sanación: restaura

un sistema de pensamiento no colonizado, reconecta con el territorio y transforma la realidad desde adentro hacia afuera .

Especialidad 4. Ty quysqua Música.

Se realizan y usan instrumentos propios y heredados como el chiflo, las ocarinas, los mates, las caracolas e instrumentos de percusión. Estos elementos hacen parte de rituales como las armonizaciones, limpiezas, los biohotes y otros encuentros comunitarios. Asimismo, para algunos sabedores, médicos y zaitas constituye una herramienta fundamental de sanación que permite conectar con el territorio y los espíritus de la medicina.

Especialidad 5. Sobandería.

Consiste en la realización de sobos orientados a tratar desarmonías físicas como malestares musculares, afecciones óseas, tendones recogidos, descuajos y otras dolencias corporales. Este proceso es llevado a cabo por los zaitas, quienes poseen conocimientos especializados sobre el funcionamiento del cuerpo físico, especialmente del sistema muscular y nervioso, necesarios para realizar estos “arreglos”, como algunos sabedores los denominan. Se trata de una práctica de cuidado que requiere experiencia y precisión, dado que una intervención inadecuada puede agravar las desarmonías existentes.

Especialidad 6. Masajes.

A diferencia de la sobandería los masajes poseen un enfoque más descontracturante²⁴ y están orientados al tratamiento de dolencias leves, con el propósito de aliviar tensiones acumuladas y promover el bienestar corporal. Entre las principales afecciones que se atienden se encuentran golpes musculares leves, contracturas, nudos y estrés muscular. Esta práctica contribuye no sólo al alivio físico, sino también al desbloqueo y equilibrio del flujo energético de los pacientes. Los tratamientos se realizan mediante el uso de cuarzos, piedras, esencias y plantas medicinales que favorecen la relajación y la armonización del cuerpo.

Especialidad 7. Cabco Tejeduría.

Es una especialidad que consiste en la escritura a partir de enlaces de fibras, integra los componentes económico, social y espiritual. Ha sido usado históricamente como divisa o herramienta de trueque en los sistemas económicos antiguos y actuales; también se usa para expresar identidades y posicionamientos políticos a partir de lo estético; finalmente, el

²⁴ Es un concepto que proviene de la fisioterapia y es usado por los zaitas de la comunidad Muysca.

componente espiritual de los tejidos permite el cuido del primer territorio -el cuerpo humano, por ejemplo, con el uso de la inzona alrededor del vientre, también permite mejorar la concentración, reducir el estrés, contar historias, transmitir saberes y se usa como protección de seguridad.

Especialidad 8. Ie iasqua Partería.

La partería es el tejido más antiguo del cuidado: un saber que acompaña la vida desde antes de que esta tenga nombre. Desde el ritmo lunar que ordena los cuerpos hasta el primer soplo de aire que inaugura una existencia, las parteras muyscas han sostenido el umbral entre el adentro y el afuera, entre lo que aún no es y lo que comienza a ser. Su labor abarca la concepción, la gestación, el parto y el posparto, así como los procesos de sanación del útero, reconociendo en el cuerpo femenino un territorio sagrado que también necesita ser habitado con cuidado. Como lo señala Gaitán (2024), “se destaca el papel fundamental de la mujer en el equilibrio de la comunidad, además, se resalta la necesidad de fortalecer la partería, dado que desde esta se imparten los cuidados desde el primer soplo de vida hasta el último.”.

Las parteras acompañan la lactancia, orientan la alimentación del recién nacido, cuidan las lunas para que el cuerpo no cargue en soledad lo que debería fluir con suavidad, y sostienen a la mujer en el posparto. Todo esto ocurre en sitios sagrados, donde el agua está presente como medicina y como testigo, y donde la palabra también sana. Por eso existe la necesidad de contar con una casa de partería propia: un lugar donde estos procesos puedan ocurrir con cuidado, confianza y amor.

Especialidad 9. Tabquysqua Territorialidad y agricultura.

Esta especialidad no se limita solamente a la siembra, sino que abarca saberes desde entender cómo funcionan los ciclos naturales, en qué momento se puede sembrar cada tipo de planta. la tabquysqua es la especialidad donde se entiende el territorio como un ser vivo que tiene que ser defendido y cuidado, para que él nos retribuya con alimentos, medicinas e insumos.

Especialidad 10. Yta hizcasuca Imposición de manos.

Esta es una práctica producto de los sincretismos que se enfoca en la armonización y sanación, acompañada de medicinas propias. Busca activar puntos energéticos de su cuerpo, realiza limpieza espiritual y activación de elementos. Hace parte del inicio ritual de tratamientos de desarmonías para algunos zaitas.

Especialidad 11. Tybso Alfarería.

En la tradición muysca de Suba, la alfarería -o Tybso- es una práctica de encuentro entre el cuerpo humano y la tierra, entre lo que somos y lo que nos sostiene. Trabajar el barro implica un diálogo físico y espiritual con la materia: un movimiento corporal que en sí mismo sana, que desbloquea, que devuelve al cuerpo la conciencia de su propio peso y su propio ritmo. En ese sentido, la alfarería trasciende la producción de objetos para convertirse en un proceso terapéutico donde el moldear y el ser moldeado ocurren al mismo tiempo.

En esta dimensión corporal se realizan prácticas de sanación más directas -lo cual lo convierte en una de las especialidades de la medicina muysca de Suba-: los lavados, los masajes y las cataplasmas que actúan sobre el cuerpo, integrando lo físico con lo espiritual. Y en las piezas que emergen de este proceso se plasman elementos cosmogónicos, por lo tanto, es un modo de preservar y transmitir la visión del mundo, las leyes de origen. Así, cada pieza de alfarería es a la vez cuerpo sanado, tierra transformada y memoria cultural.

Especialidad 12. Huesero o quiropráctico.

Es quien posee la sabiduría de tratar y prevenir afectaciones en el sistema óseo. El zaita debe tener conocimientos sobre el sistema muscular, nervioso, articular y circulatorio, esto permite que se puedan implementar prácticas que descompriman y descontracturen huesos que hacen presión o daño en el cuerpo. Desde este conocimiento se reparan fracturas, fisuras y se acomodan huesos, en complemento con el uso de plantas medicinales de sanación.

Especialidad 13. Zahanago Danza.

Este saber armoniza y sana el cuerpo a partir del movimiento, también se usa como ofrenda, pago y herramienta de cohesión social en el biohote. También permite distensionar y fortalecer músculos y tendones. La danza es un saber de la medicina propia muysca de Suba porque actúa directamente sobre el cuerpo y la energía como agente de sanación y armonización. Wilson Porras (2026) explica que “lo que desata como en signos o síntomas del cuerpo es por la misma carga de energía que tiene el cuerpo. Entonces la movilidad o exteriorizar eso del movimiento corporal ayuda a que el cuerpo genere una armonización. Generando así que el cuerpo entre un estado más de tranquilidad y como de éxtasis por el movimiento y el ejercicio que se realiza al ejecutar la danza” En ese sentido, la danza es práctica que libera tensiones acumuladas en la vida cotidiana y permite que la energía del cuerpo fluya con libertad, lo que constituye en sí mismo un proceso de sanación.

Porras también distingue con claridad entre curar y sanar, y sitúa a la danza del lado de la sanación: “yo siento que la danza sana más que cura”, entendiendo el sanar como una armonización que va más allá de lo físico y alcanza lo espiritual y emocional. Esta dimensión ritual de la danza tiene además un sustento colectivo y ancestral: comunidades como los Nasa,

señala, celebran su cambio de fuego bailando durante tres días seguidos, porque “hay algo muy profundo en esa danza.” Así, la danza muysca de Suba no pertenece al ámbito del entretenimiento ni del folclor, sino al de la medicina: es un camino para reencontrarse con el cuerpo, sanar heridas y restablecer el equilibrio entre el ser humano y su entorno.

Especialidad 14. Saia Educación.

En la comunidad se identifica el rol de los y las educadoras como un saber fundamental en la pervivencia y revitalización cultural y en este sentido, parte de la salud integral de la comunidad. Transmitir el saber propio es en sí mismo un acto de sanación colectiva. Adicionalmente, este rol es muy importante en la prevención de afectaciones en salud y permite mantener vivos los saberes en la medicina como lo evidencia la saia Nicol Torres (2026) “si la lengua es el reflejo de un sistema de pensamiento, y nosotros hablamos el castellano, y el castellano proviene de toda la colonización, y la colonización busca enfermarnos [...] pero si volvemos al muysca, entonces yo estoy sanando todo eso.” Enseñar la lengua propia es, en esa lógica, descolonizar el pensamiento y restaurar la salud comunitaria.

Juan Sebastián Ramírez (2026), por su parte, se reconoce como revitalizador cultural y educador, y describe los espacios de tejido como lugares donde “cada quien trabaja su pensamiento”, donde se ofrecen la calma, el silencio y la reflexión que la ciudad prohíbe. La educación propia, en ese sentido, no instruye, sino que cuida: cuida el mundo emocional, espiritual y mental de quienes participan. Wilson Porras refuerza esta idea desde la danza, al proponer que el movimiento corporal sea una práctica cotidiana y no un evento ocasional, convirtiendo así la enseñanza en una forma de prevención y armonización permanente.

Lo que los educadores de la comunidad -saia- comparten la convicción de que recuperar y transmitir los saberes ancestrales es una forma de sanar lo que la colonización ha roto. En esa medida, la educación propia muysca de Suba no se separa de la medicina: es su condición de posibilidad, el acto mediante el cual el conocimiento que sana se mantiene vivo y circula entre generaciones.

Especialidad 15. Chaquyne Sientos masculinos.

Son procesos dirigidos por zaitas (especializados en este tema) en los que el hombre tiene la oportunidad de orientarse y tomar conciencia sobre el cuidado de sí mismo, de sus acciones, de la vida que ha tejido y de la importancia de mantenerse conectado con su familia. Son también espacios de alivio, donde es posible soltar los pesos y las cargas a los que muchos hombres se someten y son sometidos, lo cual puede desencadenar en desarmonías físicas y espirituales que se manifiesta en sí mismo y en sus vínculos. Los encuentros se realizan en sitios sagrados -como el cuspuy-, donde los hombres pueden compartir palabra, escuchando el consejo

y la experiencia de otros para tratar las desarmonías. Allí los zaitas trabajan con medicinas propias que permiten reencontrarse con ese ser que ha quedado fragmentado por la construcción social de masculinidad hegemónica y responder a expectativas externas, muchas veces sin dar espacio a lo que el propio ser desea y siente.

4.2.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Los saberes permanecen latentes en el territorio y en la memoria colectiva. Los zaitas han tenido que crear múltiples adaptaciones interculturales para mantener sus prácticas ancestrales y tradicionales pese a la invasión de la ciudad sobre nuestro territorio ancestral y las implicaciones que ello ha traído consigo. Entre ellas se ubican las categorías de: espacios físicos, insumos, enfermedades y dietas, articulación con la medicina occidental, convivencia con otras creencias, lenguaje, horarios y protocolos. A continuación, se describe brevemente cada una de estas adaptaciones.

En el ámbito de la medicina tradicional, estas tensiones se evidencian con mayor claridad. El zaita Utigua relata cómo, ante la ausencia de espacios adecuados, como la tytua o el cuscumuy, y el acceso restringido a sitios sagrados, las atenciones deben realizarse en viviendas particulares o pequeños consultorios. La medicina ancestral, al insertarse en contextos urbanos, enfrenta restricciones materiales, simbólicas y sensoriales, debido a que prácticas como el uso del tabaco, los sahumeros y la preparación de medicinas suelen ser estigmatizadas. En palabras del sabedor:

Uno tiene que adaptarse a buscar otro espacio, otro escenario y trabajar con otros elementos que cambian la forma de atender. A veces no puedo soplar tabaco, aunque haga parte de mis prácticas, y también he tenido problemas para preparar medicinas o hacer sahumeros porque los vecinos se quejan del olor (Utigua Yopasa, comunicación personal, 2026).

Este tipo de situaciones no son hechos aislados, sino estructurales, las cuales conducen al sabedor o sabedora a la necesidad de adaptar su práctica y a buscar nuevos escenarios para su ejercicio. Si bien estas estrategias permiten la continuidad, también revelan una pérdida parcial de la integralidad del tratamiento, pues el pensamiento urbano limita y condiciona el uso de la medicina propia. Las transformaciones del entorno y la pérdida de autonomía territorial también afectan el acceso a los insumos fundamentales. La ausencia de tierras para sembrar plantas medicinales conduce a zaita a adquirirlas en plazas de mercado (cuando no las pueden sembrar), lo que exige un trabajo previo de limpieza y armonización para su posterior uso en tratamientos o armonizaciones. Asimismo, se presentan adaptaciones interculturales como el reemplazo de ciertos insumos por otros ante la dificultad de conseguirlos. Estas prácticas muestran la capacidad de resiliencia del conocimiento ancestral, pero también evidencian la dependencia creciente de

circuitos económicos urbanos que no garantizan la calidad espiritual y material de los elementos utilizados.

Otra dimensión de la adaptación intercultural se relaciona con la atención de enfermedades que no son propias de la cosmovisión muisca y que emergen de las prácticas insertadas por la vida urbana.

Zaita Leonardo (comunicación personal, 17 de febrero) cuenta que desde la medicina propia brinda atención tanto a comunidades indígenas como a personas no indígenas, por lo tanto, allí ocurre un proceso de diálogo entre saberes entre ambos fuegos, el saber occidental y el sistema de conocimientos propios. Desde esta interacción, se integran ambas miradas para explicar cómo la urbanización influye en el desequilibrio del cuerpo y la enfermedad. Se señala, por ejemplo, que los problemas digestivos y otros malestares están asociados a hábitos alimenticios característicos de la ciudad, marcados por el consumo de alimentos procesados, así mismo, el ruido constante del tráfico, las luces y el estrés contribuyen a la desarmonización y aparición de enfermedades. Frente a ello, el conocimiento tradicional orienta hacia el uso de plantas medicinales y una alimentación más natural, entendida como vía para restablecer el equilibrio del primer territorio.

La articulación entre la medicina ancestral y la medicina occidental constituye otro escenario de adaptación complejo. Aunque actualmente existen algunas formas de cooperación, persisten múltiples retos. Zaita Utigua (comunicación personal, 17 de febrero) expone la dificultad de atender pacientes que ya siguen tratamientos farmacológicos convencionales, incluidos medicamentos psiquiátricos. La dificultad reside en que no se debe suspender abruptamente el uso de fármacos, pues ello podría generar desequilibrios físicos, empeorar la enfermedad o producir efectos secundarios de dependencia farmacológica. En consecuencia, el proceso terapéutico desde la medicina tradicional debe ser gradual: los medicamentos son reemplazados progresivamente por plantas medicinales que cumplen funciones similares, priorizando la estabilidad y el bienestar integral del paciente. Este acompañamiento requiere tiempo, paciencia y una negociación constante entre sistemas médicos distintos, evidenciando que la adaptación intercultural no es solo un ajuste técnico, sino un proceso complejo de diálogo, cuidado y responsabilidad ética. No obstante, como se mencionó anteriormente, existen estrategias de articulación cultural como MAI, MAS Bienestar y Capital Salud.

La convivencia con otras creencias se refleja en situaciones en las que los pacientes llegan a la atención con cargas negativas derivadas de la estigmatización de la medicina propia. En este contexto, el sabedor o la sabedora procura adaptar el lenguaje con el fin de generar un espacio seguro que favorezca la confianza en su conocimiento y práctica ancestral. Asimismo, los horarios y los protocolos burocráticos también forman parte de las adaptaciones interculturales. Así lo expone Utigua Yopasá, quien señala que el proceso implica agendar una cita, realizar una valoración inicial, revisar los antecedentes médicos, escuchar a la persona y, posteriormente, indicar un tratamiento al que se le hace seguimiento.

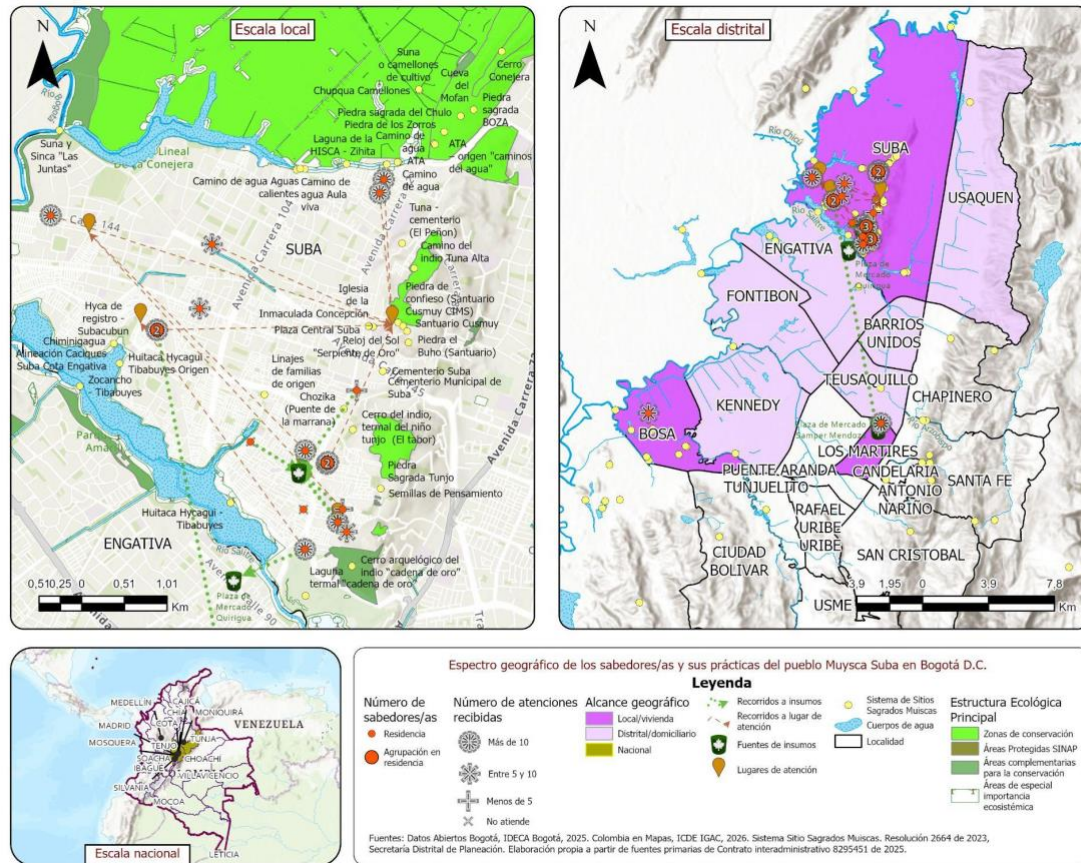
Por último, la caracterización realizada permite identificar conocimientos que han sido adquiridos o adaptados en las prácticas de medicina ancestral como resultado de la urbanización y de los procesos de interculturalidad, y, en ese sentido, de intercambio de saberes. Entre estos se encuentran el reconocimiento y la atención de nuevas enfermedades, así como el uso de insumos y técnicas complementarias de origen oriental y occidental, tales como agujas de acupuntura, tensiómetros, termómetros, antibióticos, alcohol y otros elementos sintéticos, incorporados debido a la dificultad para obtener materiales orgánicos como la lana o ciertos tintes naturales.

4.2.3. Espectro geográfico

En la comunidad Muysca de Suba, los sabedores/as y sus influencias territoriales giran en torno al núcleo consolidado alrededor del sistema montañoso característico de la localidad de Suba. Precisamente, sobre el Cerro Santuario se configura el escenario local elemental en la consagración de las prácticas etnomédicas que junto al espacio del Cusmuy fortalecen tanto la medicina ancestral como la pervivencia cultural del pueblo. Sin embargo, asimismo se reproduce la principal tensión territorial en cuanto a la restricción de acceso o manifestación espiritual por parte de la institucionalidad, sin contar la invasión o la usurpación del territorio por parte de otros actores.

Por consiguiente, se despliega un espectro geográfico a partir del epicentro local histórico como primaria escala de análisis, pero que también alcanza una cobertura distrital con dinámicas residentes en otros otros planos locales e incluso sobresale del territorio de origen con las sinergias interculturales y étnicas en la extensión nacional. Esto se ve mejor reflejado a través de la cartografía correspondiente (Figura 22), donde adicionalmente se integra el sistema de sitios sagrados apropiados no solamente para el ejercicio medicinal ancestral, sino en la defensa del territorio perteneciente al legado cultural y espiritual del pueblo gracias a las prácticas de siembra y pagos como principales esencias de las cosmogonías muiscas. Bajo este panorama de construcción social del territorio, se sobrepone el eje de ordenamiento como articulador en el reconocimiento del ecosistema nativo a través de la Estructura Ecológica Principal de Bogotá, revalidando así lo sagrado y simbólico en una comunidad nativa la cual ejerce derechos sobre el espacio para la preservación y transmisión no solo de sus saberes medicinales ancestrales sino de su lengua, entre otros aspectos culturales. Justamente, a partir del cruce significativo entre el corredor ecológico instaurado (desde los cerros hasta los humedales) y los focos inherentes de los sabedores/as y sus prácticas en territorio, toma suma relevancia la resistencia en estas áreas que estabilizan toda una estructura de gobernanza cultural y medicinal, más cuando la tasa de los sabedores/as es considerablemente baja para la comunidad total que se encuentra en su lugar propio de origen.

Figura 22. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Muysca Suba en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Muysca de Suba, aplicadas en el marco de la investigación.

En relación con el alcance distrital y nacional, se observa cómo el pueblo Muysca de Suba adquiere una sectorizada atención domiciliaria en la vecindad de las localidades de residencia, puesto que también se destaca la atención que brindan sabedores/as en otras localidades como Los Mártires y Kennedy. A propósito, la vivienda también toma un relevo espacial en las prácticas medicinales y espirituales del pueblo ante la ausencia de los espacios naturales o consultorios propios, aunado al conflicto presente por las restricciones o estigmatizaciones de la sociedad.

Por último, cabe resaltar que la adquisición de insumos es clave en las prácticas medicinales y ceremonias espirituales por lo que el autocultivo y el tejido social construido es inherente a los zaitas que han transmitido el legado cultural de sus saberes a través del empoderamiento de la tierra. No obstante, las comunidades muyscas en búsqueda de insumos

retroalimentados y adaptados desde otras culturas y cosmovisiones desarrollan relaciones con otras comunidades indígenas a lo largo del país e incluso fuera del mismo, en pleno ejercicio intercultural no solamente de intercambio sino también de gobierno. De este modo, se aprecian en la referencia nacional del mapa los flujos diversos que comprenden la gama regional del país cultural y físicamente, llegando a presentarse fuera del altiplano cundiboyacense, destinos como Leticia, Putumayo o la Sierra Nevada de Santa Marta.

4.3. Pueblo de Los Pastos

Para el Pueblo de Los Pastos, el papel de los sabedores y sabedoras es fundamental en la preservación de los conocimientos ancestrales, así como en la transmisión de prácticas de generación en generación y está profundamente ligado a la cosmovisión y a la Ley de Origen que orienta el equilibrio entre el ser humano, la Madre Tierra y los espíritus, además el ejercicio de la medicina ancestral no depende únicamente del conocimiento técnico sobre las plantas, sino de un proceso de vida y aprendizaje continuo dentro del territorio:

Es una línea bastante y es un aprendizaje de mucho tiempo, de un caminar; en nuestro territorio para ser considerado un médico ancestral no solo se debe saber de hierbas o tratar enfermedades, sino también ver a la persona, porque simplemente con observar ya saben qué puede estar pasando o qué le puede hacer bien. (Ramírez, comunicación personal, 2025)

Contemplando que el conocimiento del médico ancestral se construye a partir de la experiencia, la observación y el acompañamiento de los mayores, donde la práctica médica no se basa exclusivamente en procedimientos técnicos, sino en una lectura integral del cuerpo, la mente y el espíritu, el diagnóstico se realiza a partir de una comprensión profunda de la persona y de su relación con el entorno. De igual manera, dentro de la medicina ancestral existe la comprensión de que el ejercicio de este saber implica un llamado espiritual y una relación especial con la naturaleza:

Todo médico ancestral es un caminar que viene desde niño, porque es la misma naturaleza y los espíritus mayores quienes lo eligen; ahí no entra cualquiera. Uno puede saber mucho de plantas, pero si no tiene el toque no puede seguir (Ramírez, comunicación personal, 2026).

Reflejando la diferencia existe entre poseer conocimientos sobre plantas medicinales y ser reconocido como médico ancestral dentro de la comunidad, el saber puede adquirirse a través del aprendizaje familiar o comunitario; sin embargo, el caminar de la medicina tradicional implica también una dimensión espiritual que se manifiesta como un don o llamado. En este

sentido, se tiene en cuenta que la comprensión de la enfermedad dentro del pueblo indígena de Los Pastos también se relaciona con aspectos espirituales y emocionales; la salud se entiende como un estado de equilibrio entre el pensamiento, el cuerpo y el espíritu.

Finalmente, para el Pueblo Indígena de Los Pastos, sus saberes de medicina ancestral se estructuran a partir de múltiples especialidades que responden a la comprensión integral del ser humano. Estas especialidades no se limitan a tratar síntomas físicos, sino que atienden desarmonías que involucran el cuerpo, el pensamiento, las emociones, el espíritu y la relación con el territorio. Desde esta comprensión, las especialidades no surgen como divisiones aisladas, sino como caminos complementarios que responden a distintas formas de desarmonía que pueden afectar a la persona.

En el contexto urbano, estas especialidades se mantienen vivas, pero enfrentan transformaciones importantes, por las cuales, a partir de la caracterización realizada, se identifican campos de práctica como la medicina tradicional, sobandería, partería, consejería espiritual, tejido, música, danza y alimento propio. Cada uno de estos saberes tiene formas específicas de atención, poblaciones diversas y prácticas propias de prevención, curación y sanación, evidenciando que la medicina ancestral continúa siendo dinámica y adaptativa, incluso en escenarios de ciudad.

4.3.1. Especialidades

Especialidad 1. Medicina tradicional.

La medicina tradicional dentro de nuestro pueblo indígena de los Pastos es uno de los ejes principales dentro del sistema de salud propio, ya que permite comprender a la persona en su totalidad, las desarmonías que atiende no se entienden únicamente como enfermedades físicas, sino como desequilibrios que pueden originarse en el susto, el mal aire, el descuajo, las cargas emocionales o la desconexión espiritual, por el cual el sabedor o sabedora debe contar con un conocimiento profundo de las plantas medicinales, así como una capacidad de lectura del cuerpo y del espíritu, este conocimiento no se adquiere únicamente desde lo técnico, sino desde la experiencia, la práctica y la relación con el territorio, también implica saber orientar desde la palabra, ya que el acompañamiento no es solo físico, sino también emocional y espiritual. En cuanto a las prácticas, se destacan las limpias espirituales y corporales, los sahumerios, los baños con plantas, las armonizaciones individuales y colectivas, así como los espacios de consejería, además la prevención de desequilibrios se da a través de orientaciones sobre el cuidado del cuerpo, el pensamiento y las emociones, mientras que la sanación implica un proceso más profundo de reconocimiento interno.

Los insumos más utilizados son plantas medicinales como: manzanilla, laurel, romero, caléndula, lavanda, artemisa, eneldo, valeriana, toronjil, eucalipto, ruda, malvatendida, escancel,

valeriana, así como también las velas, sahumerios, palo santo, copal, carbón, semillas, agua, tabaco y preparados como aceites o esencias

Especialidad 2. Sobandería.

La sobandería para el pueblo indígena de Los pastos se enfoca en el cuerpo físico, pero desde una mirada integral donde lo corporal también refleja estados emocionales y energéticos, las principales desarmonías que se atienden son golpes, torceduras, tensiones musculares, descuajes y dolores persistentes, donde el sabedor debe tener conocimiento del cuerpo, especialmente desde la experiencia práctica, desarrollando sensibilidad en las manos para identificar dónde está el dolor o el desequilibrio, por lo tanto este saber no es únicamente técnico, sino que también implica intuición y conexión con la persona, las prácticas más comunes son las sobadas, los masajes, la acomodación de huesos y el uso de plantas o preparados naturales como ungüentos de caléndula, eucalipto, romero; nuestro sabedores en los insumos incluyen aceites, plantas medicinales, alcoholes, en el contexto urbano, se observa el uso de algunos elementos occidentales como vendas o productos farmacéuticos básicos, especialmente cuando no se cuenta con todos los insumos propios, también desde este saber sus atenciones se realiza generalmente en la vivienda o mediante visitas domiciliarias de los comuneros, sin embargo, muchas veces no se cuenta con un espacio completamente adecuado, lo que implica adaptar camas o superficies disponibles.

Especialidad 3. Partería.

La partería es una especialidad de gran importancia dentro del ciclo de la mujer ya que acompaña uno de los momentos más importantes de la vida el nacimiento, el cual atiende tanto aspectos físicos como emocionales y espirituales de la mujer gestante, además de tener presente las desarmonías, que pueden estar relacionadas con dificultades en el embarazo, tensiones emocionales o procesos de recuperación en el posparto, por ello, la sabedora debe tener conocimientos sobre el cuerpo de la mujer, el proceso de gestación y el uso de plantas medicinales, como a manzanilla y el toronjil suelen utilizarse en infusiones para favorecer la relajación, disminuir tensiones y brindar tranquilidad emocional a la gestante. La caléndula y el romero pueden emplearse en baños o preparaciones tradicionales para procesos de armonización y recuperación corporal después del parto. La hierbabuena es usada en algunos casos para aliviar malestares digestivos o náuseas.

El uso de estas plantas se realiza desde el saber ancestral y la orientación de las sabedoras, quienes reconocen que cada mujer y cada proceso de gestación son diferentes. Por ello, las plantas no solo cumplen una función física, sino también espiritual y emocional,

contribuyendo al equilibrio, la protección y el bienestar. Las prácticas de medicina incluyen sobadas, preparación del cuerpo, acompañamiento emocional, uso de infusiones y orientaciones espirituales a la madre sobre la importancia de mantener pensamientos positivos, evitar conflictos y permanecer en espacios de tranquilidad y armonía, ya que se considera que las emociones y energías influyen directamente en el bienestar del bebé. Asimismo, se realizan recomendaciones relacionadas con el cuidado espiritual, como participar en armonizaciones, sahumerios, baños tradicionales o encuentros de palabra y consejo, que permiten fortalecer la conexión con la familia, la comunidad, la naturaleza.

También se realiza un trabajo preventivo desde el cuidado constante de la madre, para este sabe los insumos principalmente más usados son las plantas, aceites y elementos de protección. En la ciudad, esta práctica se ve limitada por las condiciones del sistema de salud que dificultan la articulación entre la medicina ancestral y la medicina occidental, entre estas limitaciones se encuentran la poca inclusión de las prácticas tradicionales dentro de los servicios de salud, la falta de reconocimiento de los saberes de parteras y sabedoras, y las barreras para realizar acompañamientos espirituales o el uso de plantas medicinales en espacios clínicos. Adicionalmente, la falta de espacios adecuados, pues en algunos casos, las sabedoras y parteras no cuentan con lugares tranquilos y privados para realizar armonizaciones, encuentros de palabra, baños tradicionales o acompañamientos espirituales lo que reduce su ejercicio.

Especialidad 4. Consejería espiritual

La consejería espiritual se enfoca en el manejo de desarmonías emocionales y del pensamiento como la tristeza, la angustia, la confusión o los conflictos personales que atraviesan los y las comuneras del pueblo indígena de Los Pastos, por lo que estas situaciones son entendidas a desequilibrios que afectan el bienestar integral, permitiendo al sabedor desempeñar su capacidad de escuchar, orientar y acompañar desde la palabra, este proceso implica confianza y respeto, ya que la persona comparte aspectos profundos de su vida. Las prácticas principales son el diálogo, el consejo y el rezo, en muchos casos, se utilizan sahumerios o elementos simbólicos que apoyan el proceso. La atención se realiza en espacios tranquilos dentro de la vivienda o en espacios comunitarios, aunque no siempre se cuenta con condiciones óptimas de privacidad debido al tiempo, el espacio de vivienda y quienes la habitan.

Especialidad 5. Tejido.

El tejido es una especialidad dentro de la medicina, la cual va más allá de lo manual, siendo una forma de medicina que trabaja el pensamiento y las emociones, atiende desarmonías como el estrés, la ansiedad y la tristeza, el/la sabedor o sabedora conoce técnicas como guanga, crochet o bordado, pero también entender el significado simbólico del tejido, donde cada hilo

representa un proceso, y cada diseño una memoria, estas prácticas se desarrollan a través de la enseñanza, paciencia, donde las personas aprenden a tejer mientras organizan sus pensamientos y liberan tensiones, siendo este un proceso de sanación progresivo a nivel individual como colectivo. Dentro de este saber se hace uso de unos insumos los cuales incluyen lanas, agujas y telares para la elaboración de bolsos, ruanas, monederos, chumbes, bufandas, gorros.

Un desafío que se enfrenta al estar asentados en la ciudad, son los materiales suelen ser costosos o difíciles de conseguir, por lo que se recurre a insumos industrializados, y su producto se diferencia a materiales traídos desde territorio ya que se hace uso de la lana de oveja mientras que en la ciudad se recurre a la lana sintética como el macramé, este saber con la medicina ancestral se encuentra en el fortalecimiento del bienestar emocional, la memoria cultural y la armonización espiritual, las prácticas de tejido y elaboración artesanal son entendidas como espacios de concentración, tranquilidad y transmisión de saberes, que contribuyen al equilibrio personal y comunitario. Asimismo, el uso de materiales propios del territorio mantiene la conexión con la naturaleza y la identidad cultural, aspectos fundamentales dentro de la concepción integral de salud del Pueblo Indígena de los Pastos.

Además, para la atención de esta medicina se realiza en viviendas o espacios comunitarios, muchas veces de manera voluntaria y sin condiciones permanentes e igualmente sin ninguna remuneración por parte de entidades públicas que puedan resignificar lo que los y las comuneros desarrollan desde sus habilidades.

Especialidad 6. Música y canto.

La música y el canto son formas de armonización dentro de espacios colectivos del pueblo indígena de los pastos los que permiten trabajar las emociones y fortalecer la conexión espiritual, desde esta medicina se permiten atender desarmonías como el estrés, la desconexión y la falta de concentración, donde el sabedor tiene el conocimiento musical y el don de comprender el sentido espiritual de los sonidos, así como también es importante la capacidad de enseñar y guiar procesos colectivos a los niños, jóvenes de la comunidad, se entiende que cada instrumento, cada ritmo y cada canto tiene una intención, abrir el pensamiento, equilibrar las emociones y conectar a las personas con su esencia, Además, el proceso de construcción de instrumentos tradicionales por parte de los comuneros también es parte del saber, ya que nos permite transmitir una enseñanza a las generaciones que llevan estos procesos de conocimiento de la cultura, esto influye en la práctica médica y la sanación porque fortalece la identidad, la memoria colectiva y la conexión espiritual de la comunidad, al mantener vivos estos saberes, también se preservan las prácticas de armonización y bienestar que hacen parte de la medicina propia del Pueblo Indígena de los Pastos, para este saber las prácticas incluyen talleres, círculos de música y armonizaciones en espacios comunitarios, donde nos permite la prevención de desarmonías, se da al generar espacios de expresión y conexión, también se presentan dificultades

en cuanto a los insumos son instrumentos musicales, algunos traídos del territorio de manera nativa como instrumentos de viento y otros adaptados en la ciudad de forma occidental como guitarras, bajos. Estos instrumentos no solo acompañan las expresiones culturales y comunitarias, sino que también cumplen un rol importante dentro de los procesos de armonización y sanación en la medicina ancestral.

Los instrumentos de viento, son asociados con la conexión espiritual, el llamado a la memoria ancestral y la comunicación con las energías de la naturaleza, sus sonidos son utilizados en espacios ceremoniales y comunitarios para generar equilibrio, tranquilidad y fortalecer la dimensión espiritual de las personas, desde la cosmovisión indígena, el sonido tiene una fuerza energética capaz de influir en las emociones, el pensamiento y el estado anímico, contribuyendo así al bienestar integral. De esta manera, la música y los instrumentos se convierten en herramientas complementarias de sanación, ya que ayudan a restaurar la armonía emocional y comunitaria, disminuyen tensiones, fortalecen la unión entre las personas y permiten mantener viva la conexión con las raíces culturales y espirituales del Pueblo Indígena de los Pastos.

Especialidad 7. Danza

La danza para el Pueblo Indígena de los Pastos constituye una expresión fundamental de la medicina ancestral, en tanto integra el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y el territorio dentro de un mismo proceso de armonización y sanación. Más allá de entenderse únicamente como una práctica artística o cultural, la danza es concebida como un lenguaje ancestral mediante el cual se transmiten memorias, saberes y formas de relacionamiento con los ancestros, la comunidad y la naturaleza. Desde esta perspectiva, el movimiento corporal tiene un sentido terapéutico y espiritual, pues permite restaurar el equilibrio individual y colectivo, principio central dentro de la concepción de salud propia del Pueblo de los Pastos.

Históricamente, las danzas del Pueblo Indígena de los Pastos han estado vinculadas a los ciclos de la vida, las cosechas, las celebraciones comunitarias y los rituales de armonización. Expresiones como la guaneña, junto con otras danzas propias del sur andino, constituyen espacios de encuentro en los que se fortalece la identidad colectiva, se reafirma el sentido de pertenencia y se mantiene viva la memoria cultural. Cada paso, ritmo y movimiento responde a una lógica simbólica y espiritual que conecta con la historia del pueblo y con sus prácticas de medicina ancestral. En este sentido, la danza no sólo acompaña los procesos rituales, sino que actúa como una práctica medicinal en sí misma, al propiciar estados de equilibrio emocional, espiritual y comunitario.

Dentro de la medicina ancestral, la danza cumple una función de armonización integral. La música, el ritmo y el movimiento son comprendidos como medios para sanar el espíritu, fortalecer la energía colectiva y restablecer la relación equilibrada entre la persona, la comunidad y la naturaleza. Durante rituales, encuentros y celebraciones, las danzas permiten liberar

tensiones, renovar las fuerzas vitales y fortalecer los vínculos comunitarios, aspectos esenciales para el bienestar colectivo. Asimismo, desde esta concepción de salud, la danza contribuye al tratamiento de desarmonías relacionadas con el estrés, la ansiedad, la tristeza, la desconexión corporal y la pérdida de identidad cultural. A través del movimiento consciente, las personas logran reconocer y expresar emociones, habitar el presente y reconectar con su dimensión espiritual y comunitaria, favoreciendo procesos de sanación tanto individuales como colectivos.

En el desarrollo de estas prácticas se emplean diversos insumos y elementos simbólicos, entre ellos vestuarios tradicionales, instrumentos musicales y objetos rituales que acompañan y fortalecen el sentido espiritual de la danza. Sin embargo, en contextos urbanos, el acceso a estos materiales suele verse limitado debido a su costo, la escasa disponibilidad y las dificultades para reproducir ciertas condiciones propias del territorio. Esta situación ha llevado a las comunidades a realizar adaptaciones que permitan mantener viva la práctica y preservar su sentido medicinal y cultural, aun en escenarios distintos a los de origen.

Especialidad 8. Alimento propio

Dentro del Pueblo Indígena de Los Pastos, los sabedores y sabedoras que orientan las prácticas relacionadas con el alimento propio cumplen un papel fundamental en la medicina preventiva y en el mantenimiento del equilibrio integral de las personas y la comunidad. Sus saberes parten del reconocimiento del cuerpo como territorio y de la relación espiritual y material con la Madre Tierra, por lo que la alimentación no se limita al consumo de alimentos, sino que involucra conocimientos sobre el origen, la energía, la preparación y las propiedades curativas de cada producto. En este sentido, la práctica de estos sabedores articula conocimientos sobre la siembra, la cosecha, la preparación ritual de los alimentos y el uso de plantas medicinales como parte de los procesos de cuidado y armonización.

Los sabedores vinculados a esta práctica desarrollan sus conocimientos principalmente en espacios como la chagra o la huerta, donde se cultivan alimentos tradicionales transmitidos de generación en generación. Entre estos se encuentran el maíz en sus diferentes preparaciones, la papa, la oca, el ulluco, el fréjol, las habas y el cuy, alimentos que no solo cumplen una función nutricional, sino también simbólica y espiritual, al fortalecer la conexión con los ancestros y con los ciclos de la tierra. Asimismo, los sabedores orientan formas de preparación basadas en el cuidado, la intención y el agradecimiento, comprendiendo que cada alimento posee vida y energía. En muchos casos, integran plantas medicinales como el orégano, el romero y otras hierbas con propiedades terapéuticas, utilizadas para fortalecer las defensas, mejorar la digestión y mantener el equilibrio interno del cuerpo.

Desde esta práctica medicinal, los sabedores atienden desarmonías relacionadas con la mala alimentación, el consumo de productos procesados, la pérdida de hábitos tradicionales y la desconexión con el territorio. No obstante, el ejercicio de este saber enfrenta importantes

dificultades en contextos urbanos, especialmente por las limitaciones para acceder a semillas propias, alimentos frescos y espacios adecuados para la siembra. Estas condiciones generan una pérdida progresiva de conocimientos asociados a las prácticas agrícolas y alimentarias tradicionales. A ello se suma el alto costo y la baja calidad de algunos productos tradicionales disponibles en la ciudad, los cuales, debido a procesos industriales, de transporte y almacenamiento, suelen perder parte de sus propiedades originales, afectando así el desarrollo pleno de esta práctica de medicina ancestral.

4.4.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

La migración del pueblo indígena de Los Pastos hacia contextos urbanos ha implicado importantes procesos de adaptación orientados a mantener vivas las prácticas culturales y la medicina ancestral. A pesar de las transformaciones derivadas de la vida en la ciudad, los comuneros han desarrollado diversas estrategias para preservar sus conocimientos tradicionales. En este sentido, uno de los aspectos más relevantes es el mantenimiento del vínculo con el territorio de origen, incluso en escenarios urbanos. Al respecto, O. Tapie (comunicación personal, 2025) señala: “Procuramos mantener la conexión con el territorio... la última vez que fui traje plantas del territorio y caminamos por el páramo para recogerlas”.

El traslado de plantas medicinales desde el territorio constituye una estrategia para preservar los saberes ancestrales y recrear espacios de medicina tradicional en la ciudad. Asimismo, la transmisión de conocimientos entre generaciones continúa siendo un mecanismo fundamental para la pervivencia cultural. En palabras de A. Atillo (comunicación personal, 2026): “Los saberes los traemos desde los antepasados los abuelos y nuestros padres nos van dejando esa semilla del saber”.

La transmisión intergeneracional permite que las nuevas generaciones continúen aprendiendo sobre medicina ancestral, rituales, prácticas culturales y formas de relación con el territorio. Este proceso se fortalece mediante encuentros comunitarios, mingas de pensamiento y actividades culturales. Otro aspecto relevante es la recreación de espacios de cultivo y medicina dentro del contexto urbano. En este sentido, A. Erira (comunicación personal, 2026) expresa: “Ya no voy a comprar el romero... si tengo dolor de estómago subo a la terraza, saco mi plantita y preparo la aromática”.

Las huertas y terrazas medicinales se han convertido en espacios donde se recrea la relación con la naturaleza y se mantienen vivas las prácticas tradicionales de cultivo y uso de plantas medicinales. En concordancia con ello, Vargas-Cruz y Parra-García (2021) afirman que “las huertas comunitarias se convierten en escenarios de práctica cultural y espiritual, donde las plantas medicinales permiten recrear el vínculo con el territorio de origen” (p. 214).

No obstante, los procesos de adaptación también enfrentan múltiples dificultades. Sobre ello, N. Mueses (comunicación personal, 2026) manifiesta: “Aquí no se consigue mucho de las

plantas que tenemos en el territorio, y algunas tienen otro nombre”. Las diferencias climáticas, las condiciones del suelo y la disponibilidad de plantas medicinales, representan algunos de los principales desafíos para los sabedores y sabedoras que continúan practicando la medicina ancestral en la ciudad. A pesar de estas limitaciones, la comunidad sigue desarrollando estrategias culturales y organizativas que fortalecen la identidad indígena y contribuyen a mantener vivos los saberes ancestrales..

4.4.3. Espectro geográfico

Los sabedores y sabedoras del pueblo de Los Pastos están distribuidos en Bogotá de manera dispersa, establecidos en las localidades Engativá, Fontibón, Kennedy, Los Mártires, Puente Aranda, San Cristóbal, Teusaquillo y Usme, distribuyéndose de manera amplia en sus prácticas en Bogotá con una alta movilidad urbana. Las redes de atención se establecen de manera local, distrital y nacional, Estas atenciones se dan en la misma localidad donde residen, consultorios independientes, en espacios libres donde la persona atendida y el sabedor encuentran espacios cómodos, así como el salón Cundinamarca en la localidad Puente Aranda, lugar donde se establece la maloca como nodo simbólico relevante, así como la huerta allí creada, para la atención. Esta distribución espacial refleja procesos de adaptación urbana donde la práctica médica no depende de un único núcleo territorial fijo, sino de múltiples espacios domésticos, comunitarios y espirituales que permiten sostener la continuidad de la medicina ancestral en contextos urbanos fragmentados.

En la local, las prácticas de medicina ancestral se desarrollan principalmente en vivienda, espacios comunitarios, huertas urbanas y casa donde los sabedores realizan armonizaciones, limpiezas, sobadas y procesos de sanación colectiva. El guía semana que la huertas y chagras urbanas se convierten en escenarios de aprendizaje, donde se fortalecen los conocimientos de las plantas medicinales, ciclos naturales y prácticas de armonización. En este sentido, las terrazas, patios y parques espacios de cultivo funcionan como procesos de reterritorialización dentro de la ciudad, lo que permite recrear vínculos simbólicos y materiales con el territorio de origen. Asimismo, los lugares de práctica se integran escenarios espirituales donde se preserva la memoria cultural y se fortalece la identidad colectiva mediante las prácticas como la música, el tejido, la danza, la oralidad y la consejería espiritual.

El mapa (Figura 23), permite identificar dinámicas de movilidad territorial alta asociadas a la dispersión espacios de las atenciones y a la realización de visitas domiciliarias por parte de los sabedores. En muchos casos, la práctica medicinal se desarrolla mediante recorridos entre localidades y espacios comunitarios, configurando redes urbanas de circulación de la medicina ancestral. Estos traslados responden tanto a la necesidad de garantizar el acceso comunitario a procesos de sanación como a las limitaciones espaciales que existen en las viviendas, donde con frecuencia no se cuenta con las condiciones adecuadas para realizar rituales,

terapias o preparaciones medicinales. Muchas atenciones se realizan en espacios dentro de las viviendas, que no cumplen con las condiciones y limita la práctica. De esta manera, la ciudad obliga a adaptar constantemente los espacios, transformando viviendas, o espacios como terrazas, en espacios colectivos medicinales improvisados.

En términos territoriales, una de las principales dificultades que tiene el pueblo, corresponde a la pérdida de conexión directa con el territorio ancestral y las dificultades para acceder a plantas medicinales e insumos propios. La Comunidad reitera que en Bogotá es complejo conseguir las plantas que existen en territorio o que algunas tienen otros nombres, lo que evidencia cómo las diferencias climáticas, ecológicas y comerciales del contexto urbano afectan la continuidad de las prácticas. Estos generan procesos de sustitución de materiales, usos de insumos industrializados y cambio en las prácticas ancestrales a condiciones propias de Bogotá, lo que no garantiza las propiedades espirituales y medicinales asociadas al territorio de origen. Justamente, es lo que genera el alto costo de materiales para el tejido, instrumentos musicales, alimentos precios y plantas medicinales, lo que constituye una limitación importante para el sostenimiento cotidiano de las prácticas culturales y espirituales.

Otro deterioro relevante corresponde a las condiciones urbanas en cuanto a la precariedad de los lugares de atención. La dispersión territorial de los sabedores y la falta de espacios comunitarios permanentes obliga a realizar múltiples desplazamientos dentro de la ciudad para garantizar la atención. Esto pone bajo presión las prácticas particularmente del sobandero y la partería, donde los sabedores/as realizan visitas domiciliarias o adaptan espacios domésticos que no siempre cuentan con condiciones adecuadas de privacidad, infraestructura o armonización espiritual. Asimismo, la lógica institucional urbana y el predominio de la medicina occidental generan tensiones frente al reconocimiento de la medicina ancestral como sistema legítimo de sanación, limitando las posibilidades de fortalecimientos estructurales en la ciudad.

No obstante, el pueblo ha desarrollado importantes estrategias de permanencia y resistencia cultural en Bogotá. La recreación de huertas urbanas, la circulación de las plantas medicinales traídas desde territorio ancestral, la transmisión intergeneracional de conocimientos y la consolidación de espacios comunitarios permite sostener procesos de continuidad cultural y espiritual. El pueblo destaca que los saberes se traen desde los antepasados, abuelos y padres van dejando semilla de saber, mostrando cómo la memoria ancestral continúa funcionando como eje de reproducción cultural. En este sentido, la medicina ancestral Pastos se reconfigura territorialmente mediante procesos de adaptación y movilidad.

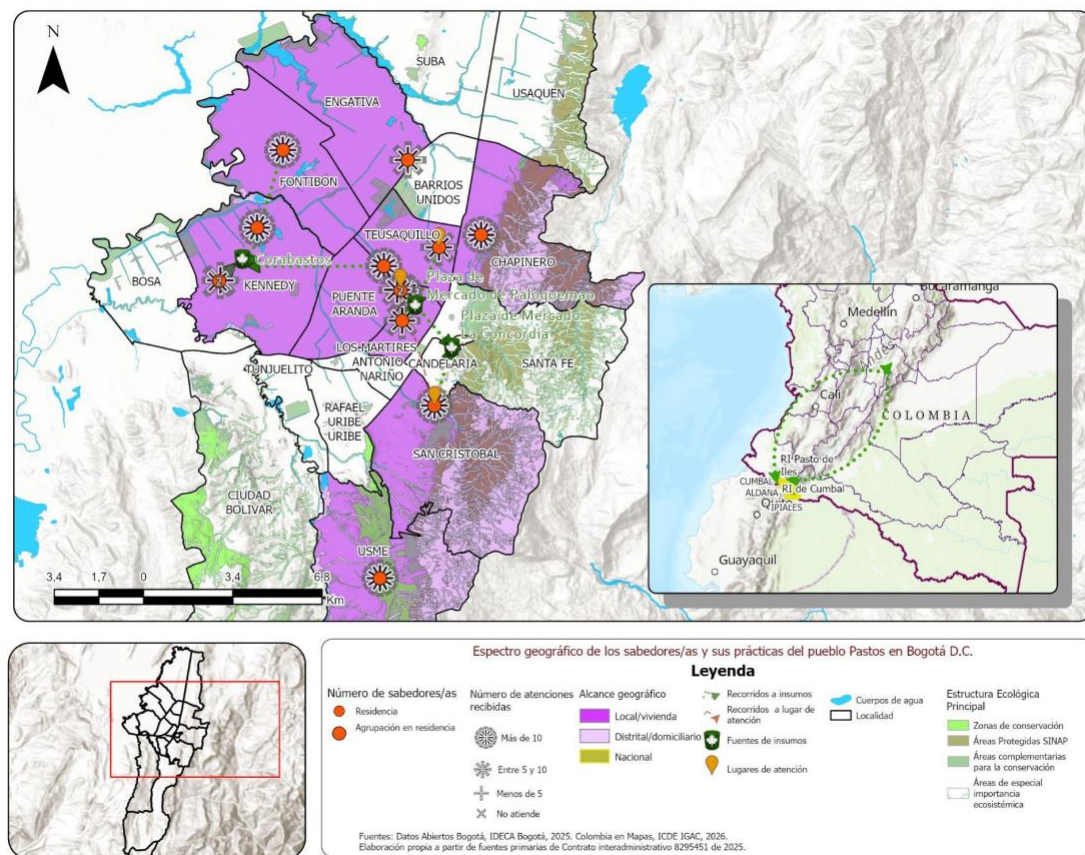
En escala distrital, recorridos hacia plazas de mercado como Paloquemao, La Concordia y Corabastos evidencia redes de abastecimiento fundamentales para la adquisición de plantas medicinales, alimentos y elementos rituales necesarios para las prácticas de sanación. Estos flujos urbanos muestran que la medicina ancestral también depende de dinámicas económicas y comerciales adaptadas al contexto urbano, donde las plazas funcionan como nodos de

intercambio y abastecimiento cultural. Asimismo, la cercanía de algunos puntos de atención con áreas de estructura ecológica principal, cerros y cuerpos de agua refleja la permanencia de una relación simbólica con espacios naturales considerados fundamentales para el equilibrio espiritual y territorial.

Finalmente, en la escala nacional, el espectro geográfico del pueblo Pastos mantiene una conexión directa con el territorio ancestral ubicado en el sur del país, especialmente hacia zonas de Nariño y la frontera andina con Ecuador. Los recorridos representados en el mapa hacia territorios como Ipiales, Cumbal, Aldana y el resguardo indígena de Pastas muestran que gran parte de los insumos medicinales, conocimientos y procesos espirituales continúan dependiendo del vínculo permanente con el territorio de origen. Estos desplazamientos permiten mantener prácticas de intercambio cultural, adquisición de plantas, fortalecimiento espiritual y transmisión de conocimientos ancestrales.

En consecuencia, la cartografía evidencia que la medicina ancestral del pueblo Pastos se sostiene mediante una articulación multiescalar entre espacios domésticos urbanos, redes distritales de movilidad y conexiones permanentes con el territorio ancestral, configurando una territorialidad medicinal dinámica que logra pervivir en medio de las transformaciones urbanas de Bogotá.

Figura 23. *Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Los Pastos en Bogotá*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Los Pastos, aplicadas en el marco de la investigación.

4.4. Pueblo Pijao - Cabildo Ambiká

Para el Pueblo Pijao los conceptos como "frío" y "caliente" representan fuerzas que deben estar en armonía para que una persona goce de buena salud. “Nuestra salud depende de esa relación universal entre lo frío y lo caliente y nuestros médicos tradicionales son los encargados de restablecer el equilibrio cuando por culpa nuestra o ajena se rompe provocando la enfermedad.” (Terre Des Hommes et al., 2000)

Por eso, cuando alguien se enferma, el médico tradicional no solo busca síntomas físicos, sino que también observa las emociones, las relaciones con los demás y hasta el mundo espiritual. La transmisión de estos saberes comienza desde muy pequeños. Se cree que la vocación de médico ancestral es algo con lo que se nace, un don heredado. Desde la infancia, los

*tatas*²⁵ señores y padres van enseñando oralmente a los *guipas*²⁶. Por eso, no hay un tiempo fijo de estudio ni una edad para graduarse, ya que los sabedores consideran que siempre se está aprendiendo algo nuevo. Sin embargo, en la actualidad, esta forma de enseñanza enfrenta dificultades porque los jóvenes a veces no muestran interés y los mayores van envejeciendo, lo que pone en riesgo la continuidad de estos conocimientos.

4.4.1. Especialidades

Especialidad 1. Médicos ancestrales.

Dentro de la medicina ancestral del pueblo Ambiká Pijao, los médicos tradicionales ocupan un lugar de gran responsabilidad espiritual. Entre ellos, los Mohanes son quienes tienen funciones más complejas y sagradas. Como explican Terre Des Hommes et al. (2000), los Mohanes "cumplen funciones muy complejas (...) offician como sacerdotes cuando se realizan rituales curativos, preventivos, de limpieza...". Esto significa que no solo atienden enfermedades, sino que también guían a la comunidad en ceremonias que buscan proteger, limpiar y armonizar a las personas y al entorno.

Para ejercer este rol, no basta con conocer técnicas o remedios. El médico ancestral debe pasar por una preparación profunda que involucra lo espiritual y lo vivencial. Esta formación incluye ritos de paso que transforman a la persona y le otorgan una nueva identidad dentro de la comunidad. M. Mira describe así este proceso: "(...) Se hace un rito de paso (...) uno mismo cava ese hueco y lo entierran con unos rezos (...) Y uno cuando se levanta (...) se levanta con otro nombre." (comunicación personal, 2026). Este rito simboliza un renacimiento: la persona que se levanta ya no es la misma, ahora tiene un nombre nuevo y una misión espiritual distinta. A partir de ese momento, su vida queda dedicada al cuidado de la comunidad.

La práctica médica de los Mohanes requiere también mantener una relación constante y respetuosa con las fuerzas de la naturaleza y del territorio. Esto se hace a través de ofrendas, que son formas de agradecer y pedir permiso a los espíritus que habitan en el agua, la tierra y las montañas. M. Mira explica cómo vive esta conexión: "voy a también echar tabaco, agradecer, hacer ofrendas, hacer pagos (...) Uno lo percibe y lo siente." (comunicación personal, 2026). Para ella, no es un simple ritual, sino algo que se experimenta con los sentidos y el corazón. Esta relación con lo invisible es parte fundamental del tratamiento, porque la enfermedad puede tener causas espirituales que solo se resuelven restableciendo el equilibrio con esas fuerzas. Por eso, los Mohanes no son solo curadores, sino que están profundamente vinculados al orden espiritual del territorio. Como señalan Terre Des Hommes et al. (2000), ellos

²⁵ Palabra propia para denominar a los/as abuelo/as o personas mayores de la comunidad.

²⁶ Denominación propia de los niños y las niñas dentro de la comunidad.

"Se instalaron allí en esas profundidades como espíritus, dueños de riquezas y habitantes de las aguas...", lo que muestra su conexión con los seres que protegen la naturaleza.

En su labor diaria, los médicos ancestrales atienden todo tipo de dolencias y desequilibrios, tanto físicos como espirituales. Para ello, utilizan plantas medicinales, ungüentos, aceites y realizan limpiezas que ayudan a sacar las energías negativas del cuerpo. En estas limpiezas, el tabaco cumple un papel fundamental como elemento purificante. Los sabedores emplean el tabaco en diferentes formas, ya sea en hoja, en chimú o en aroma, para limpiar la energía de las personas y de los espacios, y para establecer comunicación con los espíritus que acompañan los procesos de sanación. Además del tabaco, también ofrecen acompañamiento espiritual a quienes lo necesitan, guiando a las personas para que encuentren equilibrio en su vida. Los Mohanes suelen tener un conocimiento amplio que abarca todos los roles de la medicina ancestral, por lo que pueden orientar a las personas en distintos aspectos de la salud, siempre actuando desde el respeto y la conexión con lo sagrado.

En cuanto a los lugares donde atienden, la mayoría de los médicos ancestrales han adecuado espacios en sus propias viviendas para recibir a los pacientes. Estos lugares suelen ser sencillos, pero están dispuestos de manera que permitan realizar las ceremonias y rituales con respeto. Allí pueden tener un altar, plantas y los elementos necesarios para las limpiezas y ofrendas. Además de atender en sus hogares, los médicos también realizan visitas domiciliarias cuando el paciente no puede desplazarse, y participan en espacios comunitarios como el cabildo o las asambleas, donde su presencia es fundamental para fortalecer la medicina ancestral y mantener viva la tradición.

Especialidad 2. Parteras.

Las parteras son personas fundamentales dentro de la medicina ancestral del pueblo Ambiká Pijao, su labor se centra en el cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el periodo posterior. Atienden desequilibrios que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del bebé, como la posibilidad de aborto o complicaciones derivadas de trabajos pesados. Como lo explica L. Tapiero: "la partera su papel es prevenirle de que esta mujer preñada tenga un aborto o realmente el trabajo tan pesado la lleve a una circunstancia bastante delicada. Todo eso es prevenir y preservar una cultura." (comunicación personal, 2026). Así, su trabajo no solo es curativo, sino también preventivo y cultural.

Para ejercer su labor, la partera debe poseer conocimientos profundos sobre el cuerpo femenino, el desarrollo del embarazo y las señales que indican el estado de salud de la madre y la criatura. Debe saber orientar a la mujer en aspectos como la alimentación, el comportamiento y los cuidados necesarios. Además, realiza revisiones mediante la observación y el tacto, para verificar cómo está el bebé en el vientre. P. Lozada describe así esta función: "Es la persona que se encarga... de conocer el estado en que se encuentra una mujer cuando está preñada. Y ella es

la que la orienta todo el tiempo para cómo debe comportarse, qué debe ser, qué debe comer y en fin, también le hace sus sobos y todo eso para saber en qué estado está esa criatura que tiene en el vientre." (comunicación personal, 2026). Este conocimiento se transmite oralmente y se basa en la experiencia práctica, sin tiempos fijos de formación.

Las prácticas de prevención y sanación que emplean las parteras incluyen el uso de aceites para masajes, sobos para acomodar al bebé o aliviar molestias, plantas medicinales para preparar infusiones o baños, dietas especiales que ayudan a fortalecer a la madre y al niño, y un acompañamiento espiritual constante que protege tanto a la mujer como al recién nacido. Todo esto se realiza con un enfoque integral, donde el bienestar físico y espiritual van de la mano.

En cuanto a los insumos, las parteras utilizan principalmente plantas medicinales que consiguen en el territorio ancestral o, cuando es posible, en huertas caseras o plazas de mercado de Bogotá. También emplean aceites naturales y otros elementos para los sobos. Sin embargo, en la ciudad, la disponibilidad de estos insumos es limitada y muchas veces deben adaptarse con lo que encuentran, ejemplo de ello, en el territorio se realizan aceites de mastranto, una planta nativa de la región del tolima, dicha planta no se encuentra fácilmente en Bogotá, por lo que debe ser sustituida por tomillo.

En el contexto urbano, el oficio de la partera es uno de los que más se ha debilitado. Hoy en día, la mayoría de las parteras atienden solo a familiares o conocidos cercanos, ya sea en su propia vivienda o en la casa de la paciente. Sus hogares no son lugares especialmente acondicionados para la atención; por lo general, son espacios domésticos que comparten con su familia. Las parteras no viven de esta labor, sino que dependen de otros trabajos o del ingreso familiar para subsistir. Esto hace que su práctica sea cada vez más limitada y que el conocimiento corra el riesgo de perderse si no se generan condiciones que lo fortalezcan y lo transmitan a las nuevas generaciones.

Especialidad 3. Sobanderos.

Los sobanderos son personas con una habilidad especial para tratar problemas físicos como golpes, fracturas, torceduras o desplazamientos de huesos y músculos. Su trabajo se basa principalmente en el uso de las manos para diagnosticar y sanar estas dolencias. P. Lozada describe claramente esta labor: "es la persona que tiene la capacidad de que a uno se le parte una mano y fue donde el sobandero y el hombre va y le dice, le mira la mano, se la soba, le hace todo lo que tiene que hacerle y puede determinar cómo se la va a arreglar. Y llega el momento en que lo deja otra vez bien, y ese es el sobandero" (comunicación personal, 2026). Así, el sobandero no solo alivia el dolor del momento, sino que acompaña todo el proceso hasta que la persona se recupera completamente.

Para ejercer este oficio, el sobandero debe tener un conocimiento sobre la posición de los huesos, cómo funcionan los músculos y cómo identificar cuándo algo está fuera de su lugar.

Esta sabiduría se adquiere principalmente a través de la experiencia práctica y la transmisión oral de mayores que han ejercido el oficio antes. Además, los sobanderos también conocen el uso de plantas medicinales que ayudan a desinflamar, aliviar el dolor o acelerar la recuperación. Es importante señalar que los sobos no son exclusivos de ellos, pues tanto los médicos ancestrales como las parteras también realizan esta técnica cuando la situación lo requiere. Sin embargo, el sobandero se especializa en este tipo de atenciones y dedica su práctica principalmente a ellas.

Las prácticas de sanación que emplean los sobanderos incluyen, además de los masajes y manipulaciones, el uso de emplastos o cataplasmas hechos con plantas medicinales para aplicar sobre la zona afectada. También pueden recomendar baños o infusiones que ayudan a bajar la inflamación y fortalecer el área lastimada. En algunos casos, el sobo se acompaña de palabras de aliento y consejos sobre los cuidados que debe tener la persona durante su recuperación, como evitar ciertos movimientos o comidas que puedan retrasar la sanación. De esta manera, su atención también tiene un componente de prevención, pues orientan al paciente para que no vuelva a lastimarse.

Para los sobanderos, el insumo fundamental radica en los conocimientos ancestrales que canalizan a través de sus manos, configurando la esencia misma de su práctica terapéutica y espiritual, estos se complementan con aceites, ungüentos o cremas preparadas a base de plantas medicinales, que facilitan los masajes y potencian la recuperación. Estos preparados suelen hacerse con plantas que se consiguen en el territorio ancestral o, en ocasiones, en plazas de mercado de Bogotá. Algunos sobanderos también cultivan sus propias plantas en pequeñas huertas caseras cuando el espacio lo permite. Complementan su labor con aceites, ungüentos o cremas preparadas a base de plantas medicinales, que facilitan los masajes y potencian la recuperación. Estos preparados suelen hacerse con plantas que se consiguen en el territorio ancestral o, en ocasiones, en plazas de mercado de Bogotá. Algunos sobanderos también cultivan sus propias plantas en pequeñas huertas caseras cuando el espacio lo permite.

Este rol nació principalmente porque en los territorios de origen había poco acceso a la medicina occidental para atender este tipo de emergencias. La comunidad necesitaba a alguien que pudiera "arreglar" huesos y músculos de manera rápida y efectiva. Con el tiempo, los sobanderos se ganaron un lugar muy importante dentro de la medicina ancestral. Hoy en día, este es uno de los roles que más ha perdurado, tanto en las comunidades asentadas en Bogotá como en los territorios de origen. Esto se debe a que la necesidad de atender golpes y caídas es constante, y muchas personas siguen confiando en la sabiduría de las manos de un sobandero antes que acudir a un servicio médico occidental.

Los sobanderos atienden generalmente en sus propias viviendas, donde disponen de un espacio sencillo pero adecuado para realizar los masajes y tratamientos. Este lugar suele ser limpio, tranquilo y con la privacidad necesaria para que la persona se sienta cómoda. También realizan visitas domiciliarias cuando el paciente no puede movilizarse, llevando consigo sus

conocimientos y los elementos básicos para la atención. Al igual que otros sabedores, los sobanderos no viven exclusivamente de esta labor, sino que la combinan con otros oficios que les permiten sostener a sus familias. Sin embargo, su disposición para atender a quien lo necesita se mantiene viva como un compromiso con su comunidad y con la preservación de este saber ancestral.

Especialidad 4. Sabedores.

Los sabedores desempeñan un rol esencial en la medicina ancestral del pueblo Ambika Pijao, diferenciándose claramente de médicos ancestrales y parteras al centrarse en adquirir, preservar y transmitir el conocimiento desde la práctica cotidiana, sin intervenir en tratamientos clínicos. Su labor se orienta a sistematizar los saberes recolectados de otros roles comunitarios, como los sobanderos o parteras, y difundirlos mediante espacios pedagógicos, tal como señala P. Lozada: "se pueda compartir con los jóvenes para darles nuestros conocimientos, nuestros saberes ancestrales y enseñarles. Entonces, todo eso lo hemos tratado de hacer dentro del cabildo y por ejemplo, desde la casa de pensamiento" (comunicación personal, 17 de febrero de 2026). Esta dinámica subraya que, en la cosmovisión indígena, la transmisión del conocimiento no se limita a la teoría, sino que se fortalece a través de la práctica comunitaria, mientras que la distinción entre roles garantiza que cada figura actúe dentro de los límites espirituales y culturales que legitiman su función, preservando así la integridad del sistema médico ancestral.

El sabedor es alguien que ha dedicado gran parte de su vida a aprender sobre las plantas medicinales, sus propiedades y los usos adecuados para cada situación. Puede conocer a profundidad qué planta sirve para el dolor de estómago, cuál ayuda a bajar la fiebre o cuál sirve para limpiar energías. Sin embargo, no tiene la facultad de formular tratamientos ni de realizar curaciones. P. Lozada aclara esta diferencia: "El sabedor no tiene, digámoslo así, la facultad o la licencia de formular a una (...) llega y dice mire que es que me duele la barriga, es que tengo esto y lo otro. Yo puedo saber cuál es el tratamiento que hay que hacerle, pero no estoy autorizado para hacerlo. ¿Por qué? Porque ese es un rol que ejerce el médico ancestral." (comunicación personal, 2026). Esto significa que el sistema médico propio se basa en una ética muy clara: el conocimiento por sí solo no da permiso para actuar; se necesita también una autorización espiritual y un reconocimiento comunitario que respalda a cada quien en su función específica.

Las desarmonías o desequilibrios que puede atender un sabedor están relacionadas principalmente con la necesidad de orientación. Las personas acuden a ellos cuando tienen dudas sobre su salud, sobre el uso de alguna planta, o cuando sienten que algo no está bien pero no saben exactamente qué es. El sabedor escucha, aconseja y, si lo considera necesario, puede recomendar acudir a un médico ancestral, una partera o un sobandero según el caso. También orienta sobre prácticas de prevención, como la alimentación adecuada, el uso de plantas en la vida diaria o los cuidados que se deben tener en ciertas etapas de la vida. De esta manera, el

sabedor constituye una especialidad dentro del sistema de medicina propia, cuya función principal es orientar y acompañar a las personas en la búsqueda de la atención adecuada según sus necesidades espirituales, físicas o comunitarias. Aunque no realiza directamente ciertos procedimientos de atención médica, su labor consiste en actuar como puente entre la comunidad y otros especialistas de la medicina tradicional, como médicos tradicionales, sobanderos o parteras, facilitando que cada persona reciba el cuidado pertinente conforme a su condición y al conocimiento propio de la comunidad.

En cuanto a los conocimientos que debe tener un sabedor, se espera que conozca las plantas medicinales, sus nombres, sus usos y las formas correctas de prepararlas. También debe comprender la estructura de la medicina ancestral, es decir, saber qué hace cada rol y a quién debe remitirse cada persona según su problema. Además, el sabedor debe tener cualidades como la paciencia, la capacidad de escucha y el don de la palabra para aconsejar de manera acertada. Estos conocimientos se transmiten de generación en generación, principalmente a través de la oralidad y la convivencia con los mayores.

Las prácticas de prevención que realizan los sabedores están muy ligadas a la vida cotidiana. Ellos usan las plantas medicinales en sus hogares, en la alimentación diaria, en baños o en infusiones para mantener el equilibrio y prevenir enfermedades. También comparten este conocimiento con sus familias y personas cercanas, enseñando con el ejemplo. Cuando alguien se acerca con una inquietud, el sabedor puede recomendarle alguna planta o algún cuidado específico, siempre dentro del marco de la orientación, sin asumir funciones que no le corresponden. De esta forma, los sabedores mantienen viva la medicina en el día a día, incluso sin atender pacientes formalmente.

En cuanto a los insumos que utilizan, los sabedores emplean principalmente plantas medicinales que consiguen en el territorio ancestral, en huertas caseras o en plazas de mercado de Bogotá. También pueden tener en sus casas pequeños cultivos de las plantas que más usan en su vida cotidiana. Algunos preparan infusiones, ungüentos o remedios caseros para su propio consumo y el de su familia, pero siempre sin exceder los límites de su rol.

Dentro del cabildo, los sabedores son el grupo más numeroso. La mayoría de ellos no viven exclusivamente de esta labor, sino que trabajan en otros oficios para sostener a sus familias. Sin embargo, hay una excepción importante: los sabedores que hacen parte de la Casa de Pensamiento, donde su rol es reconocido mediante un contrato y pueden dedicar más tiempo a la transmisión de conocimientos y al acompañamiento de la comunidad. El resto de sabedores atienden desde sus hogares, en espacios sencillos pero dispuestos con respeto, donde reciben a quienes buscan su consejo. Sus viviendas no son consultorios, sino lugares familiares donde la medicina ancestral hace parte de la vida cotidiana, y desde allí contribuyen a que este saber no se pierda, manteniéndolo vivo en la memoria, la palabra y la práctica diaria.

4.4.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Las comunidades indígenas en contextos urbanos enfrentan el reto de mantener sus tradiciones mientras se relacionan con la cultura occidental. Un aspecto clave es su capacidad de adaptarse sin perder su propia forma de entender el mundo. Cómo se explican Terre Des Hommes et al. (2000): "En las culturas indígenas hemos desarrollado técnicas especiales para diagnosticar las enfermedades que se diferencian notablemente de las técnicas médicas occidentales, también hemos apropiado elementos de la medicina occidental y de otras prácticas que complementan nuestro saber ancestral". Esto muestra que la medicina ancestral no es algo fijo, sino que cambia y toma elementos de otros saberes cuando estos ayudan a fortalecer su propia visión cultural.

En Bogotá, esta capacidad de adaptación se convierte en una forma de resistencia. Los indígenas no reemplazan sus conocimientos por los occidentales, sino que eligen cuidadosamente qué tomar de otros sistemas para mantener su forma de vida. Sobre esto, el gobernador señala: "No va a creer en la medicina nuestra, porque la partería es medicina en todo sentido. La falta de creer en lo propio, en su propia medicina, en lo que significa la ancestralidad. Y dos, que para mí sí debe, en un tiempo, en un momento determinado, se debe cruzar" (L. Tapiero, comunicación personal, 2026). Es decir, reconoce que a veces es necesario combinar ambas medicinas, pero sin perder la fe en lo propio.

El cabildo indígena ha sido fundamental para mantener vivas las prácticas ancestrales en la ciudad. Allí se trabaja para recuperar y fortalecer la medicina tradicional, como lo expresa una sabedora: "Acá no se está perdiendo, acá en el Cabildo se está recuperando la ancestralidad, porque es que es importante practicarlo. Porque es ahí donde vamos a cuidarnos y a practicarlo" (M. Mira, comunicación personal, 2026). Gracias a este trabajo, la percepción de la medicina ancestral ha mejorado en Bogotá. Antes los veían como "brujos", pero ahora han logrado reconocimiento. Como dice mira: "Sí, ha cambiado bastante, antes nos veían como los brujos, gracias a esa forma de estar en diferentes instituciones, ya nos ven a nivel distrital" (M. Mira, comunicación personal, 2025). Este cambio no ha sido fácil, sino fruto de una lucha constante, según señala P. Lozada: "Ha cambiado en los últimos años en el contexto urbano. Sí, señor, ha cambiado, y digamos que demasiado ha sido una lucha bastante grande para que eso se dé" (P. Lozada, comunicación personal, 2025).

La presencia de un cabildo en contexto urbano ha demostrado ser un factor determinante para la preservación de los conocimientos en salud ancestral, especialmente cuando existe un liderazgo comunitario sólido y proactivo que articula acciones concretas para mantener vivos los saberes. A diferencia de lo que podría suponerse, en algunos casos, la ciudad ha funcionado como un espacio más eficaz para la conservación de prácticas culturales que los territorios de origen, donde, como señala L. Tapiero: "ya no utilizan lo nuestro eso es una pérdida de cultura. Yo creo que si hay un tema que influye mucho, el liderazgo" (L. Tapiero, comunicación personal, 2025). Este fenómeno se explica porque, en entornos urbanos, la organización comunitaria, encabezada por figuras como el gobernador indígena, ha generado estructuras intencionales para resguardar

la identidad, mientras que, en algunos territorios ancestrales, la falta de coordinación o la influencia de dinámicas externas han erosionado prácticas cotidianas.

La comunidad indígena Ambiká Pijao está formada principalmente por sabedores, pero pocos pueden dedicarse por completo a atender al público. Muchos esperan vincularse a programas distritales o deben trabajar en otros oficios. Se esfuerzan por mantener sus conocimientos en casa, traer plantas del territorio y enseñar, pero de forma muy limitada. Para preservar su cultura, intentan no incorporar muchos elementos nuevos en la ciudad; solo adaptan sus prácticas a nuevos espacios o usan objetos que reemplazan a los tradicionales. La relación entre la medicina ancestral y la occidental es todavía débil y recién está comenzando. Los sabedores sienten que desde la medicina occidental a veces los ven como "brujos o charlatanes", y solo programas como el MAI han logrado abrir espacios de diálogo. El mayor problema es la transmisión de conocimientos: los jóvenes no se interesan, los comuneros no participan en las formaciones, los sabedores envejecen y las nuevas generaciones no confían en la medicina ancestral. Por eso, los grandes desafíos son lograr una buena articulación con la medicina occidental y atraer a los jóvenes para que aprendan y usen estos saberes, mediante políticas y programas bien estructurados que respeten y conserven este valioso conocimiento.

4.4.3. Espectro geográfico

El pueblo Pijao en Bogotá evidencia una fuerte territorialidad al sur y sur occidente de la ciudad, particularmente en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, además algunos nodos secundarios en Kennedy y Fontibón. Estas distribuciones se relacionan al acceso a espacios comunitarios, circulación de la medicina propia y redes de abastecimiento de insumos medicinales. El mapa ilustra conexiones permanentes con el territorio origen del Tolima, espacialmente Coyaima, Ortega, Natagaima y Chaparral, configurando un espectro geográfico multiescalar donde la prácticas medicinal depende tanto de recorrido urbanos como de desplazamiento interregiones hacia el territorio origen.

El mapa permite ubicar las prácticas organizadas en tres escalas territoriales interconectadas. En la escala local, se evidencia una concentración de sabedores, lugares de atención y recorridos de circulación de la medicina ancestral principalmente en sectores periféricos del sur de Bogotá. Sobre la escala distrital, aparecen rutas hacia lugares de atención, espacios comunitarios y puntos de abastecimiento de insumos, mientras que en la escala nacional los recorridos conectan Bogotá con el territorio ancestral del Tolima. Esta relación territorial trasciende la dimensión material ya que el territorio origen constituye la base espiritual y medicinal del sistema médico, particularmente por la fuerza simbólica y ritual atribuida a las plantas medicinales. "Las plantas del territorio para nosotros tienen como... una parte espiritual más concentrada... más acertada que las que se producen aquí." (comunicación personal, 2026).

menciona uno de los sabedores donde se evidencia que el territorio funciona como fuente de abastecimientos, pero como un nodo espacio espiritual clave para garantizar la efectividad de las prácticas de sanación.

Esta dificultad configura uno de los factores determinantes para el ejercicio de la medicina ancestral en Bogotá, ya que para acceder a la plantas e insumos que obliga a los sabedores a depender de largos desplazamientos hacia el Tolima o en busca de plazas de mercado de espacios locales o reconocidos distritalmente como es la de Samper Mendoza. Sin embargo, desde esta visión las plantas conseguidas en Bogotá no poseen las mismas propiedades curativas ni la misma fuerza espiritual que aquellas obtenida mediante ritualidad en territorio origen. Hay que pedirle permiso a la planta” (L. Tapiero, comunicación personal, 2026), evidenciando que el valor medicinal de las plantas depende también de su relación espiritual con el territorio. Esto genera tensiones territoriales importantes, ya que, aunque las prácticas medicinales logran mantenerse materialmente en la ciudad, parte de su dimensión simbólica y espiritual se debilita en el contexto urbano bogotano.

En términos territoriales, las localidades donde habitan gran parte de la comunidad presentan condiciones deteriorantes relacionadas con precariedad urbana, distancias largas por su dificultad y limitación de infraestructura para el ejercicio de la medicina. Muchas de estas prácticas se desarrollan en espacios domésticos dentro de las viviendas, visitas domiciliarias o escenarios comunitarios temporales, debido a la ausencia de espacios especializados para la atención. Esta situación afecta especialmente a las parteras, quienes requieren de condiciones especiales para sus actividades ya que requieren condiciones espaciales específicas para realizar rituales, armonizaciones, sobos o procesos de acompañamiento espiritual. La guía menciona que gran parte de estas prácticas se realizan en viviendas familiares y que muchos sabedores no viven exclusivamente de la medicina ancestral, sino que deben combinarla con otros oficios para sostener económicamente a sus familias. En consecuencia, la práctica médica ancestral se sostiene en medio de condiciones urbanas que limitan la disponibilidad de tiempo, espacio e infraestructura adecuada para el ejercicio pleno de la medicina propia.

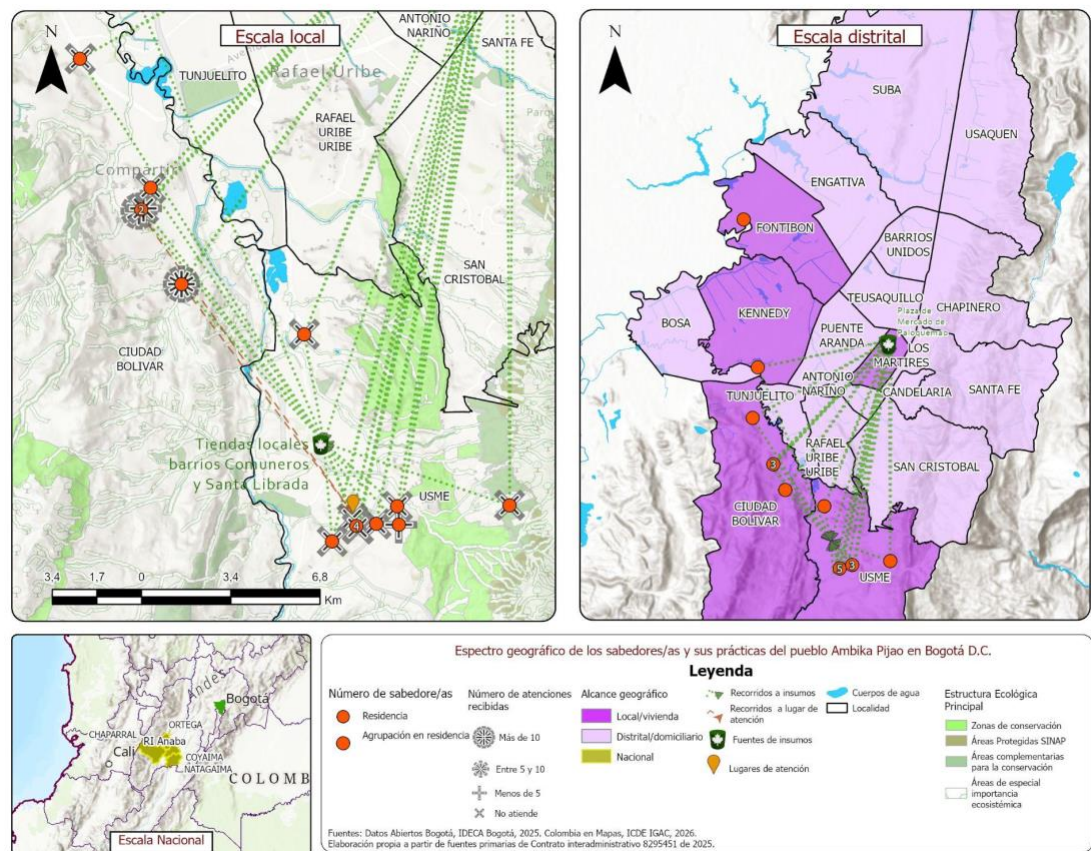
A pesar de estas dificultades, el pueblo Ambiká Pijao ha desarrollado importantes estrategias de adaptación y pervivencia territorial en la ciudad. El cabildo indígena se configura como uno de los principales nodos de reconstrucción cultural y fortalecimiento de la medicina ancestral en Bogotá. La guía señala que “la casa como tal es un punto de anclaje, concurrido de diferentes actividades” (M. Mira, comunicación personal, 2025), mostrando cómo estos espacios funcionan como territorios reconstruidos donde convergen formación, atención comunitaria y transmisión de saberes. De igual forma, las viviendas, huertas urbanas y visitas domiciliarias permiten que la medicina ancestral continúe circulando dentro de la ciudad mediante redes de atención dispersas territorialmente. La movilidad constante de los sabedores entre localidades y espacios comunitarios evidencia que la medicina Ambiká Pijao no se concentra en un único lugar

fijo, sino que se sostiene a través de recorridos urbanos que articulan comunidad, espiritualidad y cuidado colectivo.

En la escala distrital, el mapa evidencia dinámicas de movilidad territorial alta asociadas a la circulación de sabedores y pacientes entre diferentes localidades del sur y occidente de Bogotá. Los recorridos hacia lugares de atención y abastecimiento muestran cómo la medicina ancestral se adapta a una ciudad fragmentada espacialmente, donde los sabedores deben desplazarse constantemente para garantizar el acceso comunitario a procesos de sanación. Asimismo, la cercanía de algunos puntos de práctica con áreas de estructura ecológica principal refleja la permanencia de vínculos simbólicos con espacios naturales y cuerpos de agua asociados al equilibrio espiritual y territorial. Particularmente en Usme y Ciudad Bolívar, las prácticas medicinales se desarrollan en medio de tensiones derivadas de la expansión urbana, problemáticas sociales y deterioro ambiental, factores que afectan la continuidad de las prácticas ancestrales.

Finalmente, en la escala nacional, el mapa evidencia que la territorialidad medicinal del pueblo Ambiká Pijao mantiene una dependencia permanente con el territorio ancestral del Tolima. Los desplazamientos hacia municipios como Coyaima, Ortega, Natagaima y Chaparral permiten obtener plantas medicinales, fortalecer procesos espirituales y mantener vínculos con los mayores y sabedores del territorio de origen. Estos recorridos representan procesos de reterritorialización mediante los cuales la comunidad reconstruye continuamente sus relaciones espirituales y medicinales con el territorio ancestral en medio del contexto urbano bogotano. En conjunto, el espectro geográfico del pueblo Ambiká Pijao evidencia una territorialidad en tensión entre el arraigo urbano y la dependencia espiritual-material del territorio ancestral, donde la medicina ancestral pervive mediante redes multiescalares de movilidad, adaptación comunitaria y fortalecimiento cultural.

Figura 24. *Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Ambiká Pijao en Bogotá*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Ambiká Pijao, aplicadas en el marco de la investigación.

4.5. Pueblo Misak Misak

Dentro del sistema médico propio del pueblo Misak Misak existen diferentes especialidades o capacidades que los sabedores desarrollan según su experiencia y conocimiento. Estas especialidades pueden orientarse hacia el acompañamiento de distintas etapas de la vida o tipos de afecciones. Adicionalmente, algunas sabedoras se especializan en el acompañamiento del embarazo y el parto mediante el uso de plantas medicinales y orientaciones culturales. Como lo menciona Mama María Antonia Yalanda:

El tema de las mujeres en estado de gestación, hay parteras que concentran y orientan solamente con las plantas medicinales, también hay personas que atienden solamente a los niños y a las niñas las plantas medicinales de acuerdo a la necesidad.” (M. Yalanda, comunicación personal, 2026).

Del mismo modo, existen sabedores que acompañan procesos específicos como la menstruación, la adolescencia o la armonización del pulso, los cuales requieren conocimientos particulares dentro de la medicina ancestral: “En el acompañamiento a los adolescentes, especialmente en los estados de la menstruación y en la armonización del pulso, se reconocen capacidades específicas dentro del sabedor ancestral.” (M. Yalanda, comunicación personal, 2026).

Sin embargo, desde el pensamiento propio del pueblo Misak Misak estas capacidades no se conciben como una fragmentación del conocimiento médico, sino como diferentes manifestaciones de un mismo sistema integral. Así lo explica Mama Ana Patricia Tunubala:

(...) La Medicina Ancestral indígena no se concibe como una fragmentación entre armonizador, partera, sobandero u otras capacidades. Desde la sabiduría de nuestros mayores y desde el Nakchak, la medicina es una sola, un todo integral.” (P. Tunubalá, comunicación personal, 2026).

En este sentido, los médicos tradicionales o nutautas cumplen una función espiritual y comunitaria en los procesos de sanación. Según Yalanda Cuchillo (2016), durante las consultas los sabedores articulan diversos elementos que permiten restablecer el equilibrio entre los diferentes universos que componen la vida:

En la medicina Misak Misak, los nutautas Misak interrelacionan cinco elementos directos en el momento de sus consultas: Piishimisak y Kallimmisak, las medicinas como la hoja de coca, el borrachero, el tabaco y el aguardiente; el nutauta; el enfermo con su grupo familiar humano y sus congéneres, buscando siempre la integralidad de universos para prevenir y sanar. (Yalanda Cuchillo, 2016, p. 85).

De igual manera, estos sabedores cumplen un rol mediador entre los seres humanos y las fuerzas de la naturaleza, contribuyendo al equilibrio del mundo espiritual y material: “Los nutautas sirven de médium sembradores de aguas en reciprocidad con los Nösikmera, vitalidad de la naturaleza en movimiento constante para el equilibrio del macrocosmos.” (Yalanda Cuchillo, 2016, p. 11).

Finalmente, el pueblo Misak Misak preserva la salud y el bienestar mediante diversas prácticas culturales que hacen parte de su vida cotidiana, como la siembra y el uso de plantas medicinales, la alimentación propia, el tejido, la oralidad y los espacios comunitarios de transmisión del conocimiento. Estas prácticas también han demostrado su importancia en contextos recientes, como durante la pandemia, cuando la comunidad recurrió a sus saberes ancestrales para el cuidado de la salud. En este sentido, Morales Miramá et al. (2024) señalan

que: “La comunidad Misak Misak percibió la aplicación de sus saberes ancestrales como la estrategia primordial para la prevención y curación de las desarmonías generadas por la pandemia por COVID-19.” (Morales Miramá et al., 2024, p. 8).

4.5.1. Especialidades

Especialidad 1. Médico tradicional:

Los médicos tradicionales representan una de las principales autoridades dentro del sistema médico ancestral del pueblo Misak, debido a que concentran amplios conocimientos relacionados con la armonización espiritual, el diagnóstico ancestral y el manejo de remedios tradicionales. Su labor no se limita a la atención de enfermedades físicas, sino que comprende procesos integrales orientados a restaurar el equilibrio entre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y el territorio. En este sentido, los médicos tradicionales desarrollan limpias, rituales, armonizaciones, baños medicinales y orientaciones espirituales dirigidas a tratar desarmonías que afectan tanto a la persona como a la comunidad.

El ejercicio de esta especialidad se fundamenta en conocimientos heredados de los mayores y fortalecidos mediante la experiencia, la práctica espiritual y la relación permanente con la naturaleza. Muchas de las enfermedades atendidas por los médicos tradicionales son interpretadas desde dimensiones espirituales y energéticas; por ello, los tratamientos buscan comprender el origen profundo de las desarmonías y no únicamente aliviar síntomas físicos. Esta perspectiva evidencia el carácter integral de la medicina propia Misak, donde la salud se relaciona estrechamente con el equilibrio espiritual, familiar y comunitario.

Especialidad 2. Partera.

Las parteras ocupan un lugar central dentro de las especialidades de la medicina ancestral Misak, debido a que acompañan integralmente los procesos de gestión, parto y posparto desde una perspectiva cultural, espiritual y comunitaria. Sus conocimientos incluyen sobadas, armonizaciones, orientación alimentaria, preparación de remedios naturales y cuidados especiales destinados a proteger tanto a la madre como al recién nacido. La labor de las parteras trasciende la atención física del embarazo, ya que también fortalece los vínculos familiares, espirituales y comunitarios alrededor del nacimiento. Estas sabedoras orientan prácticas preventivas de cuidado y realizan acompañamientos emocionales y espirituales que contribuyen al bienestar integral de las mujeres gestantes. Además, sus conocimientos son transmitidos intergeneracionalmente mediante la experiencia y el aprendizaje junto a otras mujeres mayores

de la comunidad. En contexto urbano, las parteras enfrentan desafíos relacionados con la medicalización occidental del parto y las limitaciones para desarrollar prácticas tradicionales dentro de instituciones biomédicas. Sin embargo, continúan preservando sus conocimientos mediante acompañamientos familiares y comunitarios que permiten mantener vigentes las prácticas ancestrales de cuidado materno.

Especialidad 3. Sobandero(a).

Los sobanderos desempeñan una función importante dentro de la medicina ancestral Misak mediante el tratamiento de dolencias musculares, articulares y corporales a través de técnicas manuales transmitidas generacionalmente. Su práctica incluye masajes, acomodados, estiramientos y manipulaciones corporales orientadas a aliviar dolores físicos, corregir desajustes corporales y restablecer el equilibrio del cuerpo. Esta especialidad posee una estrecha relación con el conocimiento práctico del cuerpo humano y con la experiencia adquirida mediante el acompañamiento a otros mayores y sabedores. Los sobanderos son ampliamente reconocidos dentro de la comunidad por su capacidad para tratar golpes, torceduras, tensiones musculares y otras afectaciones físicas derivadas del trabajo cotidiano o de accidentes. Asimismo, sus prácticas evidencian que la medicina propia Misak integra dimensiones físicas y energéticas, entendiendo el cuerpo como un espacio donde también se manifiestan desequilibrios emocionales y espirituales.

Especialidad 4. Pulseador.

Los pulseadores constituyen una especialidad diagnóstica fundamental dentro de la medicina ancestral Misak. A través de la lectura del pulso, estos sabedores identifican alteraciones físicas, emocionales y espirituales presentes en las personas, permitiendo orientar tratamientos adecuados según cada situación. Esta práctica se basa en una comprensión integral del cuerpo humano, donde las emociones, las energías y los pensamientos se reflejan en el estado corporal.

La labor del pulseador requiere sensibilidad, experiencia y conocimientos profundos sobre los procesos corporales y espirituales. Mediante el pulso, el sabedor puede reconocer desequilibrios relacionados con enfermedades físicas, tensiones emocionales o afectaciones espirituales, articulando posteriormente tratamientos que incluyen plantas medicinales, armonizaciones o remisiones hacia otros especialistas de la medicina propia. De esta manera, esta especialidad cumple una función preventiva y orientadora dentro del sistema médico Misak.

Especialidad 5. Yerbatero.

Los yerbateros constituyen una especialidad basada en el conocimiento profundo de las plantas medicinales y sus propiedades curativas. Su labor comprende la identificación, recolección, preparación y administración de remedios naturales destinados a prevenir y tratar diferentes enfermedades y desarmonías físicas, emocionales y espirituales. El ejercicio de esta especialidad refleja la estrecha relación entre medicina ancestral y territorio, debido a que gran parte de los conocimientos sobre plantas medicinales provienen de la observación de la naturaleza y de la enseñanza de los mayores. Los yerbateros conocen las formas adecuadas de preparación y uso de cada planta, así como los momentos apropiados para su recolección y administración. En Bogotá, esta especialidad enfrenta importantes dificultades relacionadas con el acceso a plantas medicinales propias del territorio ancestral y con las transformaciones ambientales de la ciudad. Frente a ello, las comunidades han desarrollado estrategias de adaptación mediante redes familiares, huertas comunitarias y adquisición de plantas a través de mercados tradicionales y contactos con comunidades indígenas de origen.

Especialidad 6. Sabedores espirituales.

Los sabedores espirituales desempeñan una función esencial dentro del sistema médico Misak, debido a que orientan procesos de armonización, protección espiritual y fortalecimiento del equilibrio comunitario. Sus prácticas incluyen ceremonias, rituales, limpiezas y orientaciones espirituales destinadas a restablecer la armonía entre las personas, la naturaleza y las fuerzas espirituales. Esta especialidad se fundamenta en una profunda conexión espiritual con el territorio y con los conocimientos ancestrales transmitidos por los mayores. Los sabedores espirituales cumplen además un papel importante como orientadores comunitarios, debido a que acompañan conflictos familiares, desequilibrios emocionales y procesos colectivos que afectan el bienestar de la comunidad. El análisis de esta especialidad evidencia que la medicina ancestral Misak no se limita al tratamiento físico de las enfermedades, sino que integra dimensiones espirituales, emocionales y comunitarias que resultan fundamentales para la conservación de la armonía y la pervivencia cultural del pueblo Misak en contextos rurales y urbanos.

4.5.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

El pueblo Misak-Misak ha desarrollado diversas estrategias para mantener y fortalecer sus prácticas ancestrales de salud y medicina propia en contextos urbanos. Estas adaptaciones responden a las condiciones propias de la vida en la ciudad, donde el acceso al territorio, a las plantas medicinales y a los espacios tradicionales de práctica es limitado. Sin embargo, los sabedores y sabedoras continúan desempeñando un papel fundamental en la preservación y

transmisión del conocimiento ancestral, garantizando la continuidad de las prácticas culturales relacionadas con el cuidado de la salud.

En el contexto urbano, una de las principales estrategias ha sido reorganizar los espacios donde se practica la medicina ancestral. En ausencia de los territorios tradicionales, la comunidad ha fortalecido lugares comunitarios y familiares donde se desarrollan actividades de enseñanza, armonización y cuidado de la salud. En este sentido, Taita Jesús Morales señala que:

La Casa de Pensamiento Intercultural es una segunda instancia donde los niños y niñas continúan aprendiendo como en un centro de investigación. Allí se ha visto que reconocen plantas como la ruda o la orejuela a partir de las armonizaciones que se realizan con ellos; de esta manera van conociendo para qué se utilizan y, al mismo tiempo, comparten y aprenden en un espacio de interculturalidad (J. Morales, comunicación personal, 15-02-2026).

Esta experiencia refleja cómo los saberes ancestrales continúan transmitiéndose mediante espacios de formación comunitaria en la ciudad. De acuerdo con Morales Miramá et al., las prácticas de medicina ancestral se han adaptado al contexto urbano a través de su realización en hogares, espacios comunitarios y mediante la comunicación constante con el territorio de origen: “La práctica de la medicina ancestral se adaptó al contexto urbano, realizándose en los hogares Misak, espacios comunitarios y mediante comunicación permanente con el territorio de origen.” (Morales Miramá et al., 2024, p. 23).

Otra adaptación importante se relaciona con la disponibilidad limitada de plantas medicinales en la ciudad. Frente a esta situación, los sabedores han implementado nuevas estrategias para el uso y la transformación de estos recursos. Mama María Antonia Yalanda explica que en Bogotá se ha comenzado a procesar las plantas medicinales para poder distribuir las en diferentes presentaciones:

En Bogotá por no tener suficientes insumos de plantas medicinales se ha implementado el procesamiento de las plantas asociado con otros productos externos donde se sacan insumos para la atención de las familias en formas de esencias, cremas y en pequeña proporciones entrega de plantas medicinales (M. Yalanda, comunicación personal, 15-02-2026).

De manera similar, algunas familias han buscado alternativas para cultivar plantas medicinales en espacios reducidos, utilizando recipientes reciclados o materiales reutilizables, lo que permite mantener viva la práctica de la siembra aun en condiciones urbanas:

Otra adaptación que se observa practicar es en la familia de mama Leobelda, como es la siembra de plantas medicinales, algunos alimentos en los materiales desechables y es una forma de adaptar, aunque no se cuente con espacios de terreno para sembrar (M. Yalanda, comunicación personal, 15-02-2025).

Estas estrategias evidencian cómo el conocimiento ancestral se transforma sin perder su esencia cultural. Sin embargo, la práctica de la medicina ancestral continúa dependiendo del conocimiento profundo que poseen los sabedores sobre las plantas y su relación con la naturaleza. En este sentido, "es más apropiado con la cantidad de plantas que se puede tener, los equipos para

deshidratar las plantas medicinales, las pesas y demás instrumentos ,con los cuales se ha podido dinamizar el proceso ,que se convierte en una oportunidad para seguir practicando y mostrando, se cuenta con 2 destiladores." (P. Tunubala, Comunicación personal, 15-02-2026).[4.1]

Además de estas adaptaciones prácticas, el pueblo Misak también ha incorporado algunos elementos tecnológicos que permiten fortalecer los procesos de transformación y conservación de plantas medicinales. En este sentido, Manuel Ullune menciona que se han adquirido equipos que complementan el conocimiento ancestral: “(...) En el año 2024 acá en Bogotá también se adquirió la máquina destiladora de aceites esenciales de plantas medicinales[6.1], lo cual es un complemento y articulación; las máquinas hacen un complemento, la sabiduría propia de los mayores y la occidental se complementan.” (M. Ullune, comunicación personal, 15-02-2024).

Estas transformaciones reflejan procesos de interculturalidad en los que los saberes propios dialogan con herramientas externas sin perder su fundamento cultural. De acuerdo con Martínez y Ávila, este tipo de procesos muestran cómo las familias indígenas articulan diferentes sistemas de conocimiento para el cuidado de la salud: “Las familias Misak articularon el uso de medicamentos occidentales con remedios tradicionales y prácticas espirituales, construyendo estrategias interculturales de cuidado.” (Martínez & Ávila, 2021, p. 63).

En este sentido, la relación entre la medicina ancestral y la medicina occidental se ha desarrollado a través de procesos de complementariedad. Aunque la medicina ancestral continúa siendo prioritaria dentro de la comunidad, en algunos casos se recurre a la medicina occidental cuando las condiciones lo requieren. Según Morales Miramá et al.: “Aunque siempre priorizaron su medicina ancestral, hicieron uso de algunos componentes de la medicina occidental.” (Morales Miramá et al., 2024, p. 8).[7.1]

En este sentido, la relación entre la medicina ancestral y la medicina occidental dentro del pueblo Misak-Misak se ha desarrollado mediante procesos de complementariedad y articulación, orientados al cuidado integral de la salud y la armonización de la comunidad. Desde el pensamiento Misak, la medicina propia ancestral continúa siendo la principal forma de atención, debido a que está sustentada en los saberes de los mayores, el uso de plantas medicinales, las prácticas espirituales y la conexión con la naturaleza y el territorio.

Sin embargo, cuando determinadas situaciones de salud requieren procedimientos, diagnósticos o tratamientos específicos, algunas personas también recurren a componentes de la medicina occidental como una forma de apoyo complementario. Esto no significa el abandono de la medicina propia, sino la búsqueda de alternativas que contribuyan al bienestar y a la preservación de la vida desde una perspectiva intercultural.

De acuerdo con Morales Miramá et al., esta relación de complementariedad se evidencia en que: “Aunque siempre priorizaron su medicina ancestral, hicieron uso de algunos componentes de la medicina occidental.” (Morales Miramá et al., 2024, p. 8). Esta afirmación

refleja cómo el pueblo Misak mantiene y fortalece su conocimiento ancestral, al tiempo que, en determinados contextos, integra elementos de la medicina occidental de acuerdo con las necesidades de cada caso.[8.1]

Esta complementariedad también se ha manifestado en la incorporación de algunas medidas de prevención provenientes del sistema de salud occidental, como prácticas de higiene o bioseguridad: “Las prácticas ancestrales fueron complementadas con algunas medidas de la medicina occidental, como la bioseguridad y el aislamiento, permitiendo salvaguardar la vida del pueblo Misak.” (Velasco, 2025, p. 68).

Sin embargo, esta articulación entre la medicina propia ancestral y la medicina occidental no está exenta de tensiones y dificultades. Diversos autores señalan que los procesos de institucionalización de los sistemas de salud pueden generar conflictos entre las lógicas culturales, espirituales y comunitarias de la medicina ancestral y los enfoques biomédicos basados principalmente en criterios clínicos, técnicos y hospitalarios.

En este sentido, Yalanda Cuchillo afirma que: “La institucionalización de la salud misak con normas y personal médico con formación académica externa ha generado tensiones entre dos lógicas distintas en un mismo espacio territorial.” (Yalanda Cuchillo, 2016, p. 85). Esta situación refleja cómo, en muchos casos, la medicina occidental prioriza diagnósticos clínicos, medicamentos y procedimientos hospitalarios, mientras que la medicina propia Misak-Misak comprende la salud desde una relación integral entre el cuerpo, la espiritualidad, la naturaleza, el territorio y la comunidad.

Por ejemplo, dentro del pensamiento Misak, procesos como el embarazo, el parto, la armonización espiritual o el tratamiento de ciertas enfermedades requieren acompañamiento mediante plantas medicinales, rituales, orientación espiritual y el compartir de la palabra. Sin embargo, en algunos espacios institucionales estas prácticas son poco comprendidas o limitadas por normas biomédicas que priorizan únicamente la atención clínica y hospitalaria. Esto puede generar dificultades para que las parteras, sabedores y sabedoras desarrollen plenamente sus prácticas de cuidado y armonización.

De igual manera, existen tensiones relacionadas con el uso de plantas medicinales y remedios ancestrales, debido a que en algunos contextos biomédicos estos conocimientos no son reconocidos como parte válida de los procesos de atención en salud. Asimismo, los tiempos y formas de atención también difieren: mientras la medicina propia Misak otorga gran importancia a la escucha, al diálogo, a la espiritualidad y al acompañamiento comunitario, los sistemas institucionales suelen centrarse en consultas rápidas, protocolos estandarizados y tratamientos farmacológicos.

Otro ejemplo concreto ocurre en el contexto urbano de Bogotá, donde muchas familias Misak enfrentan dificultades para practicar plenamente su medicina ancestral debido a las condiciones de vivienda, las restricciones para realizar rituales o armonizaciones, y el limitado

acceso a espacios naturales y plantas medicinales. Esto evidencia cómo las dinámicas institucionales y urbanas pueden debilitar parcialmente las prácticas culturales y espirituales propias del pueblo Misak-Misak.

A pesar de estas tensiones, las comunidades indígenas continúan promoviendo procesos de complementariedad e interculturalidad en salud, buscando que la medicina ancestral sea respetada, reconocida y fortalecida como un sistema propio de conocimiento, cuidado y pervivencia cultural. [9.1]

Otro desafío importante se relaciona con la falta de espacios adecuados para realizar prácticas terapéuticas y cultivar plantas medicinales en la ciudad: “(...) También es una barrera al no contar con espacios apropiados para la atención de la medicina propia por el sabedor y para las terapias que se requiera hacer.” (P. Tunubala, comunicación personal, 15-02-2026).

Asimismo, algunos sabedores señalan que el sistema de salud occidental muchas veces desconoce los principios de la medicina ancestral indígena. Taita Miguel Tumiña afirma que: “(...) Desde el sistema de salud occidental no conocen la salud propia de los pueblos indígenas y es un desafío dar a conocer.” (M. Tumiña, comunicación personal, 15-02-2026).

En el ámbito comunitario también se identifican desafíos relacionados con la transmisión del conocimiento y el respeto hacia los mayores. Mama María Antonia Yalanda señala que uno de los principales retos es fortalecer el respeto por la palabra de los sabedores y orientar a las nuevas generaciones: “(...) Hay tres desafíos: el respeto y escuchar activamente cuando los mayores orienten cómo se debe practicar; enseñar a los niños desde muy pequeños para que conozcan las prácticas.” (M. Yalanda, comunicación personal, 15-02-2026).

Además, existen tensiones relacionadas con algunas prácticas del sistema de salud occidental, como la obligatoriedad de ciertas intervenciones médicas en la infancia. Mama Elena Camayo menciona que: “(...) Uno de los desafíos es no poder superar las vacunas que exigen a la niñez desde el nacimiento hasta los 12 años.” (E. Camayo, comunicación personal, 15-02-2026).

A pesar de estos desafíos, los sabedores continúan orientando procesos de fortalecimiento cultural y transmisión del conocimiento a las nuevas generaciones. Mama Patricia Tunubala señala que las prácticas ancestrales se mantienen pensando en el bienestar de los niños, jóvenes y familias Misak en la ciudad: “(...) Para mantener los principios se practican pensando en los nθtrθ misakmera, seres grandes niños y niñas, en el futuro también de los jóvenes y para todas las familias.” (P. Tunubala, comunicación personal, 15-02-2026).

En este proceso, la transmisión del conocimiento también puede apoyarse en herramientas contemporáneas. Mama María Antonia Yalanda propone utilizar medios tecnológicos y materiales pedagógicos para fortalecer la enseñanza de la medicina ancestral: “(...) Actualmente la tecnología es lo que más se utiliza y para revitalizar la medicina propia sería bueno realizar material pedagógico atractivo para los niños y niñas mediante videos.” (M. Yalanda, comunicación personal, 15-02-2026).

De esta manera, las adaptaciones interculturales desarrolladas por el pueblo Misak en el contexto urbano reflejan procesos de resistencia, transformación y continuidad cultural. Como señala Arias, la interculturalidad en el pueblo Misak no implica únicamente la coexistencia entre sistemas de conocimiento, sino una estrategia de defensa de la vida y de la autonomía cultural: “La interculturalidad, en clave Misak, no es una simple coexistencia de culturas, sino una apuesta política y espiritual por la re-existencia y la defensa de la vida.” (Arias, 2017, p. 68).

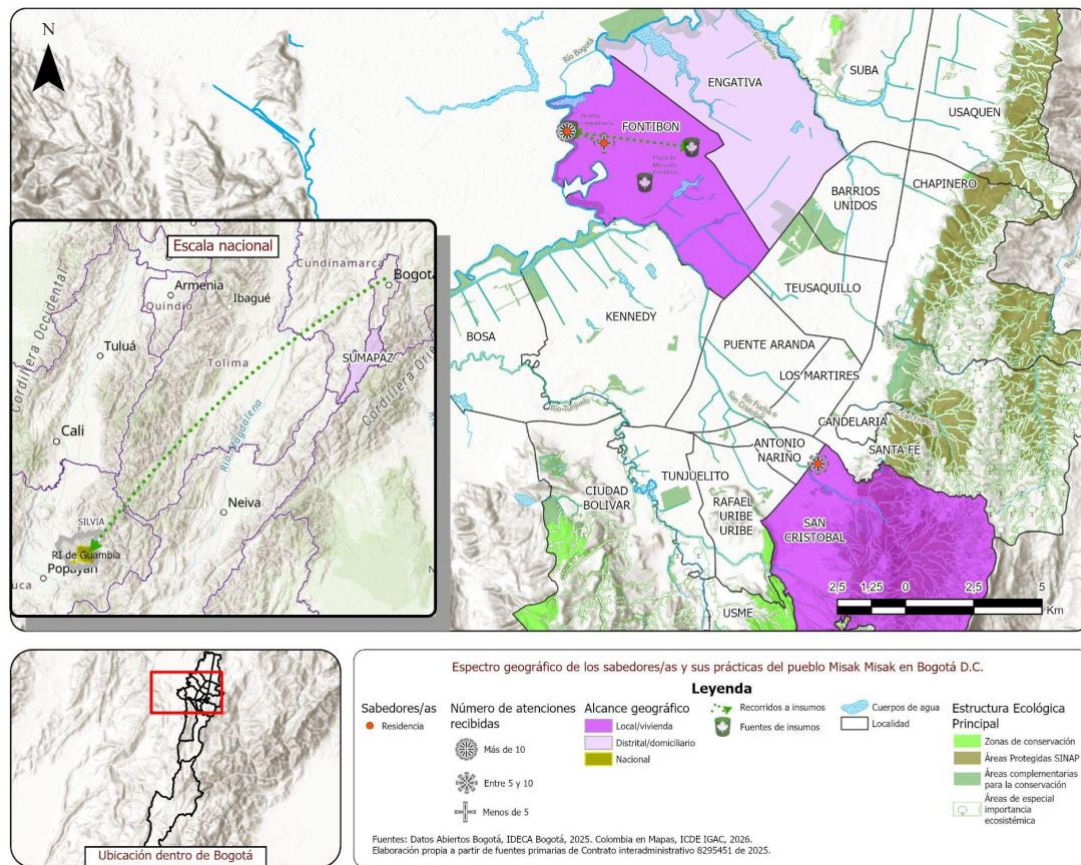
En este sentido, las estrategias desarrolladas por los sabedores y la comunidad permiten mantener viva la medicina ancestral en la ciudad, fortaleciendo la identidad cultural y garantizando la continuidad de los saberes propios para las futuras generaciones.

4.5.3. Espectro geográfico

Para el pueblo Misak Misak se despliega un espectro geográfico con una escala alejada del distrito a pesar de caracterizar tres sabedores/as en total sobresaliendo el foco representativo encontrado en la localidad de Fontibón²⁷, pero también el caso aislado en San Cristóbal. Como se aprecia en la cartografía (Figura 25) el alcance sobre la ciudad se extiende más allá de los escenarios locales debido a la falta de espacios propicios recurriendo hasta los domicilios de los pacientes, al menos en los sectores aledaños de las residencias de los sabedores/as. Además, también se incorporan áreas ecosistémicas que según la cosmogonía del pueblo en los procesos espirituales se involucran ambientes naturales como escenarios vivos influyentes en la sanación y revitalización del cuerpo, tal como se ha llevado a cabo en estrategias articuladas de la comunidad e instituciones con recorridos a lagunas del sistema ecológico del Sumapaz u otros sitios ceremoniales en búsqueda de dicha armonía natural (Yalanda, comunicación personal, 2026).

Figura 25. *Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Misak Misak en Bogotá*

²⁷ Apéndice cartográfico de Capítulo de Estado de Salud



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Misak Misak, aplicadas en el marco de la investigación.

A partir de esta comprensión fundamental de las prácticas en torno al territorio como primer espacio de atención, la ausencia de estos lugares simbólicos pone en riesgo la preservación de los saberes entre las nuevas generaciones y la tasa general de sabedores junto a caminantes comprueba esta amenaza al ser relativamente mínima en una población de proporciones iguales la que se consolida en la ciudad. Esto también se ve apoyado por el testimonio del sabedor Timaña al decir: “(...) si no tenemos espacios propios hay barreras para revitalizar la medicina y seguir orientando a la generación actual” (comunicación personal, 2026).

Como segundo factor clave en los lugares de práctica se tiene la atención prestada en las sedes de gobierno propias o espacios comunitarios que se acomodan en los mismos sectores que sirven de armonización protectora para el pueblo en general. Pese a que estos centros comunitarios sirven de congregación y fortalecimiento del tejido social, las prácticas se distorsionan dadas las distracciones urbanas como también la nula oscuridad necesaria en las conexiones espirituales y corporales. De ahí a que nuevamente, se recalque la importancia del

territorio físico y la Estructura Ecológica Principal se vuelve un resguardo bajo esta lógica. Sin embargo, dada la focalización del pueblo en una zona deteriorada de la ciudad con grados de contaminación ambiental adyacentes a las viviendas y lugares de atención propios, las prácticas se ven sumamente contrarrestadas en los procesos de apropiación territorial que se han llevado a cabo en el tiempo.

En cuanto a los flujos por los insumos se observa cómo estos se desarrollan dentro de las mismas localidades, donde la fuente primordial se halla en las huertas comunitarias o *yatules* que se han podido estructurar con el apoyo comunitario y que se convierten en espacios de resiliencia territorial ante la inaccesibilidad o poca oferta de las plantas medicinales. Sin embargo, es lógico que estos sustentos no satisfagan las condiciones y la relación simbólica de siembra que existe como en el territorio propio de origen, por lo que se remite también al resguardo único de procedencia que reúne al pueblo y sus sabedores. Dicho territorio es una influencia concreta de la especialización etnomédica misak que se ha sostenido en la ciudad y por tanto tiende a reducir su margen de producción botánica o simplificar las condiciones de adaptabilidad en un ambiente discontinuo.

Finalmente, en recogimiento de las adversidades expuestas en el espectro geográfico de las prácticas medicinales ancestrales en la ciudad se rescata también la continua coordinación comunitaria e institucional que complementa los procesos de sanación del pueblo en una red de atención directa a través de las rutas orales y en lengua propia que brinda paso a su transmisión y pervivencia cultural.

4.6. Pueblo Inga

En el pueblo Inga los Taitas, Mamas, Iachas, Sinchis y Kakudura desempeñan un papel fundamental en la preservación, protección y cuidado de la salud personal y comunitaria a partir de sus conocimientos y saberes ancestrales, este conocimiento propio se sustenta en saberes propios que se han transmitido de generación en generación a partir del acompañamiento y la práctica junto a los mayores, Taitas, mamas y padres. Su rol se desarrolla mediante la orientación y acompañamiento a la comunidad por medio de la palabra, el consejo, la espiritualidad, la transmisión de saberes y el uso de la medicina propia. Así mismo, se encargan de la preparación y administración de la medicina propia, y en ese sentido orientan los tratamientos, armonizaciones y prácticas necesarias para los procesos de prevención y sanación de la salud. De esta manera las atenciones se realizan de acuerdo con las situaciones que estén generando desequilibrios tanto espirituales como físicas.

Se identifica un papel importante en la preservación y cuidado de la salud y el bienestar de la comunidad, por parte los Taitas, Mamas, Iachas, Sinchis y Kakudura, fundamentado en la enseñanza, la transmisión de saberes y la pervivencia de esos conocimientos, así como lo menciona el comunero Luis Jajoy:

El rol de pronto es un rol de aprendizaje, pero también de enseñanza, también hay otro rol, que es el fortalecimiento, porque de alguna manera seguimos con esa tradición de la medicina. El hecho de continuar con esa tradición hace que nos fortalezcamos más como comunidad y también en la parte de la medicina.” (Comunicación personal, 2026).

Asimismo, se reconoce que cada persona que camina en el conocimiento y la práctica de la medicina propia posee un don, un llamado, una energía y una espiritualidad; aspectos que orientan su proceso de aprendizaje y de práctica. Su proceso de formación ha sido a través de la oralidad, la práctica, la observación y el acompañamiento a los mayores, abuelos, padres o las personas más cercanas que sean conocedoras de la medicina tradicional, así como lo menciona mama Dominga Gaviria:

El Inga que es, lo hace con ese conocimiento tan bonito. Como decía alguien, nosotros también podemos, somos competencia para la medicina occidental. Lo somos, y debemos estar seguros de lo que nosotros podemos, porque tenemos nuestro conocimiento que es ancestral. Nos lo dejaron, nos lo enseñaron y lo aprendimos alrededor de la tulpá en el Putumayo. (Comunicación personal, 2026).

Así mismo, recalcan que se encuentran en constante aprendizaje, muchos de ellos aun con años de experiencia continúan considerándose caminantes de la medicina. En el pueblo Inga se menciona que, dentro de los conocimientos y saberes de la medicina propia, no siempre es posible asignar una especialidad específica. Según lo expresado por el Taita Fernando Juajibioy:

Yo diría que el Taita o el sabedor, hasta donde se tiene un conocimiento, no maneja una especialidad o afinidad en un solo tema de la medicina. Nosotros, como médicos tradicionales, debemos estar dispuestos a ayudar a todos por igual, sea niño, adulto o mayor. (Comunicación personal, 2026).

En este sentido la medicina tradicional no se trabaja bajo una única especialidad, ya que el ejercicio del conocimiento es integral y está orientado al cuidado de todas las personas de la comunidad. Teniendo en cuenta esto, pueden desarrollar y poner en práctica diversos conocimientos y saberes, de acuerdo con su proceso de aprendizaje, su experiencia y su relación espiritual con la medicina. No obstante, dentro de la medicina propia Inga se reconocen prácticas y saberes innatos que se guían desde la Ley de Origen como lo expresa Miriam Timaran:

Tiene que ver con la Ley de Origen, porque nosotros somos de medicina; el pueblo Inga tiene como origen las plantas medicinales, ese saber innato que tenemos viene de esa Ley de

Origen que nos cobija, porque nuestro origen está en la medicina ancestral. (Comunicación personal, 2026).

En este sentido se desarrollan diversas prácticas como la sobandería, la partería, los descuajos, el uairachir, las limpiezas, las purgas, la toma de ambiuaska, la preparación de la medicina, acompañamiento y atención de la mujer en sus diferentes etapas de vida y procesos de prevención, sanación y curación de enfermedades. De esta manera se identifican diferentes campos de conocimiento y de práctica de la medicina propia Inga que se orientan al cuidado y equilibrio de la vida.

4.6.1. Especialidades

Especialidad 1. Iacha ambi - Preparación de medicina.

Persona encargada de elaborar remedios tradicionales como purgantes, jarabes, pomadas y kullanguillos (riegos). Según su trayectoria y experiencia, algunos se dedican exclusivamente a la elaboración; otros, además de prepararlos, también venden estas medicinas o atienden directamente a los pacientes. Asimismo, cumple un papel clave al transmitir el conocimiento ancestral, enseñando a las nuevas generaciones el uso adecuado de las plantas y su valor cultural dentro del pueblo Inga. Esta persona comprende que la naturaleza posee fuerza, espíritu y propósito, ya que su conocimiento viene desde la chagra, por lo que la preparación de la medicina no se limita únicamente a un procedimiento físico, sino que implica respeto, armonización y orientación desde el pensamiento propio, sus saberes, además, se basan en el conocimiento general de las plantas curativas, los tiempos y ciclos adecuados de cosecha, preparación, combinación, dosis y formas de administración de cada planta o remedio, estos conocimientos permiten atender diferentes desequilibrios digestivos y físicos.

Especialidad 2. Iacha.

A diferencia del lacha ambi, cuyo enfoque se centra en la preparación técnica de remedios, el lacha posee una práctica orientada al aprendizaje integral de la medicina propia. Se trata de un caminante en constante proceso de formación, guiado por la experiencia y orientación de los mayores. Su labor no se limita a elaborar medicina, sino que articula la espiritualidad, la corporalidad y el acompañamiento comunitario desde el pensamiento propio. Según su nivel de saber, realiza uairachir (limpiezas), soplos y atenciones ante desequilibrios físicos y espirituales, tales como el mal de ojo o el mal viento, el pujo. Asimismo, está capacitado para la armonización de personas o espacios y la preparación de ciertos remedios, purgantes y medicinas, adaptando siempre su atención a las necesidades específicas de quien lo requiere.

Especialidad 3. Sinchi Iacha.

Es la máxima dignidad médica dentro del pueblo Inga, alcanzada mediante una extensa trayectoria de práctica y la guía directa de los mayores. Conocido comúnmente bajo el respeto del título de Taita, posee un dominio profundo en la preparación y guía espiritual de la toma de ambiuaska (yagé) y otras plantas de poder. Su labor va más allá de la sanación física: actúa como un mediador entre la comunidad y los espíritus de la naturaleza, lo que le permite identificar el origen sutil de los males, predecir situaciones del entorno y orientar decisiones colectivas. Su atención es integral, abarca todas las etapas de la vida humana y busca restablecer el equilibrio armónico entre el territorio, la persona y su entorno. Cada tratamiento parte de un diagnóstico fundamentado en el diálogo previo y la palabra consejera; tras identificar el desequilibrio, determina el uso preciso de herramientas sagradas como el copal, la shishaja, sahumerios, limpiezas (uairachir), purgas o depurativos.

Especialidad 4. Sinchi (médico de solidez espiritual)

Persona reconocida dentro de la comunidad como un gran médico tradicional de gran experiencia, cuyo saber destaca por tener el cuerpo y el espíritu fuertes para acompañar procesos difíciles de sanación. Gracias a su larga trayectoria, está facultado para aconsejar, atender y devolver el bienestar a las personas a nivel físico, mental y espiritual. Su labor se realiza a través de tratamientos largos, limpiezas y el acompañamiento constante en la toma del remedio sagrado ambiuaska.

Especialidad 5. Kakudura – Sobandería.

Persona poseedora del conocimiento tradicional para diagnosticar, componer y sanar lesiones del cuerpo y los músculos. Su saber se enfoca en el alivio de dolencias articulares, torceduras, golpes y descuajos. A través del tacto, identifica acumulaciones de frío o desequilibrios de carga espiritual alojados en el cuerpo. Su tratamiento combina masajes y sobos con el uso de pomadas, aceites y mantecas tradicionales. Asimismo, complementa la recuperación mediante la aplicación de plantas medicinales, sahumerios y limpiezas espirituales que extraen el malestar acumulado. El proceso se adapta a la gravedad de la lesión, requiriendo en ocasiones varias sesiones para devolverle la movilidad y el equilibrio físico al paciente.

Especialidad 6. Uaua charkidur - Partería.

Persona depositaria del conocimiento ancestral enfocado en el cuidado, protección y acompañamiento de la mujer durante las etapas de gestación, parto y puerperio. Su labor médica abarca desde el seguimiento del vientre materno hasta la atención del nacimiento y el cuidado del recién nacido. Mediante el uso de plantas medicinales y técnicas tradicionales, trata afecciones corporales y espirituales de la madre y el bebé, tales como descuajos, mal viento o sustos. Su práctica médica integra saberes tradicionales orientados a salvaguardar el equilibrio físico, emocional y espiritual tanto de las madres como de las nuevas generaciones, garantizando el bienestar de la infancia y la juventud dentro del entorno comunitario.

4.6.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

El pueblo Inga en el continuo desarrollo y transformación de la ciudad, aún continúa en la práctica de la medicina tradicional y la transmisión intergeneracional de conocimientos y saberes, al tiempo que se evidencian procesos de adaptación. En este sentido, aunque no se incorporan nuevos conocimientos en la medicina ancestral como tal, sí se han implementado ajustes en los materiales, las prácticas y los espacios de atención. Así mismo, la transmisión de los conocimientos continúa siendo un eje fundamental para la pervivencia cultural, desarrollándose a través de la oralidad, la experiencia y los espacios comunitarios, lo que permite fortalecer la identidad y el ejercicio de la medicina propia en las nuevas generaciones.

En el pueblo Inga se menciona que no se incorporan conocimientos nuevos en la medicina ancestral, ya que hay un saber y conocimiento que se ha transmitido de generación en generación, el cual se fortalece a través de la práctica, el aprendizaje y la experiencia; no obstante, en la práctica se han ido incorporando nuevos elementos para el uso, preparación o conservación; estos cambios corresponden a adaptaciones en los materiales, como el uso de botellas, tapetes, recipientes, etcétera. Así mismo, han tenido que realizar adaptaciones en el contexto urbano relacionadas con los espacios de atención, adoptando lugares como locales, viviendas y espacios públicos para poder desarrollar y ejercer sus prácticas de medicina propia.

Se menciona que se han incorporado nuevas prácticas como la realización de las ofrendas en mandalas con frutas u otros elementos, que se realizan en las actividades donde hay diferentes pueblos reunidos en torno a la armonización de los espacios. Aunque esta no es una práctica propia, desde la comunidad se hace a partir del canto y el sonido de los instrumentos. Agreda (comunicación personal, 2026) menciona que el pueblo Inga no ve un tema de poner una mandala llena de frutas, porque eso no representa un significado propio. Para el pueblo Inga puede ser más significativo que en ese espacio estén elementos de su medicina y espiritualidad, como el chundur, la waira, las plumas, la luina, el tambor o el bombo y también a través de la relación con los elementos del territorio, como el tiempo, el agua y el viento, que hacen parte de su manera de comprender y practicar la medicina.

La práctica de la medicina propia en el contexto urbano enfrenta varios desafíos, entre los que se encuentran el uso inapropiado y la apropiación de la medicina por parte de personas externas de la comunidad, lo que genera preocupaciones frente al respeto, la práctica de la sobandería y partería se ve con menor frecuencia, la estigmatización de los saberes y las prácticas por parte de los centro médicos, falta de lugares apropiados como los tambos o chagras, que constituye en una de las principales dificultades para el ejercicio de la medicina ancestral, ya que limita la disponibilidad de los insumos necesarios para su práctica. En este sentido, M. Timarán señala que actualmente no se cuenta con las condiciones que antes permitían acceder directamente a estos recursos, indicando que “no tenemos la chagra como para tener lo que uno antes tenía” (comunicación personal, 2026).

Los Taitas, Mamas y Iachas mencionan la transmisión de conocimientos a través de los espacios realizados por parte del cabildo y los equipos de salud, que contribuyen al fortalecimiento del aprendizaje de la medicina.

4.6.3. Espectro geográfico

El espectro geográfico de los lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Inga y su influencia en el territorio se extiende más allá de los patrones demográficos sobre el sur y oriente de la ciudad²⁸ dada su tradición y cosmovisión de llevar la medicina y atender a los pacientes que lo necesitan dondequiera que se encuentren, permitiendo así un primer acercamiento a los espacios consagrados para los rituales y prácticas de sanación. No obstante, la modalidad de atención no se restringe a la domiciliaria ni tampoco se excluyen las prácticas y armonizaciones al pueblo en sí ya que prestan su conocimiento hacia otras poblaciones, llegando a confluir en las concentraciones por las sedes de gobierno tales como el cabildo o los tambos e incluso hasta medios como la atención virtual.

A partir de este pensamiento social y de servicio se despliega un alcance geográfico de las prácticas etnomédicas en torno a la influencia comunitaria en centralidades locales²⁹ relevantes en el tratamiento espiritual y medicinal del pueblo mismo y otras comunidades, tal como lo presenta el sabedor Agreda:

(...) también podríamos contar este espacio. Los Taitas han utilizado este espacio como comunitario para atención a sus pacientes, a la gente que viene a pedir apoyo. También vemos como importante ocupar el espacio de arriba, en el antiguo cabildo, para tomar remedio allá. Lo hemos utilizado también para la atención a las familias (comunicación personal, 2026).

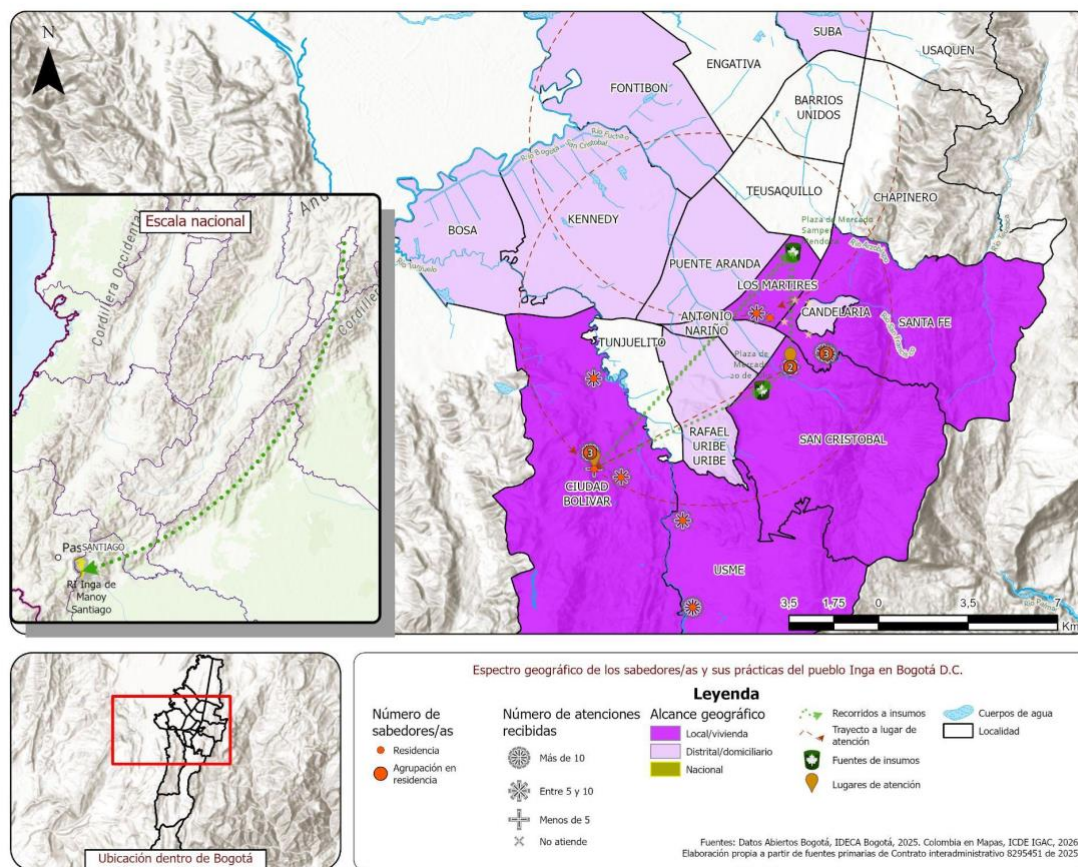
De esta forma, se extiende la cobertura de los procesos médicos ancestrales del Pueblo Inga por todo el distrito urbano como lo muestra la cartografía respectiva (Figura 26) gracias a la influyente recepción de pacientes en otras localidades alejadas del conglomerado central y

²⁸ Apéndice cartográfico de Capítulo de Estado de Salud

²⁹ Capítulo de Factores Protectores y Factores Deteriorantes en Salud

residencial del pueblo mismo y los flujos circulantes por los equipos interculturales. Exactamente, dichos movimientos representados por atenciones en centros de salud hospitalarios (denotados por las circunferencias segmentadas) están sujetos a las urgencias o desequilibrios espirituales abordando un panorama integral entre lo comunitario y lo asistencial lo cual se expresa en la configuración territorial plasmada. Pero además, también se disponen de espacios de atención fuera de las casas, sedes comunitarias u hospitales alimentando aún más la noción de ‘caseadores’ de los sabedores/as en función de las circunstancias donde se presenten, siempre y cuando el paciente permita el ritual de uairachir y la sanación y se cuenten con insumos necesarios (L. Jajoy, comunicación personal, 2026).

Figura 26. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Inga en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Inga, aplicadas en el marco de la investigación.

A propósito del tema de insumos y sus flujos, las fuentes de aprovisionamiento son cruciales en las prácticas y armonizaciones de los sabedores/as al comprender su origen

cosmogónico, en especial de las plantas medicinales que proveen los saberes. Como bien se aprecia en la cartografía, se presenta un ambiente posibilitado según los ofrecimientos de la ciudad congregados en las plazas de mercado; no obstante, y como se recalca en el plano nacional, el resguardo puntual de procedencia no solamente de plantas sino de elementos propios del legado cultural es el origen casi endémico de un configurado territorial asentado en Bogotá. Por consiguiente, las adaptaciones de las prácticas en la ciudad se contrarrestan por las limitaciones de los insumos como también por las chagras o tambos poco acondicionados para los fines medicinales y culturales (M. Timarán, comunicación personal, 2026).

Por esta razón, el territorio de origen es de suma relevancia en el dinamismo de las prácticas medicinales y culturales del pueblo asentado en Bogotá ya que se acomodan nuevos espacios o tambos inclusive en las mismas viviendas, definiendo así, las vicisitudes del entorno y el desafío que implica la adaptación en un ambiente opuesto. De esta forma, se hacen necesarios los trayectos al territorio de origen sobre una región característica de un paisaje de valle único en la confluencia de varios ecosistemas, los cuales se vuelven dificultosos en la medida del acceso distante, la falta de cosecha o las restricciones de las autoridades en el tránsito dada la estigmatización y los usos no medicinales de ciertas plantas medicinales.

4.7. Pueblo Nasa

Los sabedores y sabedoras cumplen un rol central como orientadores del equilibrio comunitario, ya que desde su caminar atienden las desarmonías que afectan tanto a los comuneros y la comunidad. Tal como lo expresa un sabedor:

Yo creo que como equipo de mayores encabezamos en cierta forma a nuestra comunidad, pues porque es una responsabilidad grande para estar pendiente sobre todo de la comunidad en cuanto desarmonizaciones que presentan muchas veces entre la comunidad...También sobre la salud... Hay compañeros que son sabedores temas de pulseo o temas de ojeo, hay personas que solamente trabajan temas cuando un niño está descuajado, sobo, partería, entonces también es importante tener en cuenta esa parte. (O. Peña, comunicación personal, 2026).

Este papel coincide con lo planteado por Rebolledo et al. (2022), quienes señalan que el médico tradicional es quien regula las relaciones entre ser humano, naturaleza y espiritualidad, a través de normas, saberes medicinales y lecturas del cuerpo, los sueños y las señas, consolidando así un sistema de conocimiento que trasciende lo físico.

En este marco, el saber etnomédico Nasa se caracteriza por sus diferentes saberes en medicina o espirituales, en tanto cada sabedor posee conocimientos particulares sobre el uso,

combinación y aplicación de plantas medicinales según las dolencias y contextos específicos. En palabras de la comunidad:

Cada sabedor tiene su propio conocimiento y así mismo cada uno tiene las formas de usar y combinar las plantas. Cada uno tiene el reconocimiento de ciertas plantas que sirven para ciertas dolencias y cómo se emplean. Mencionando también qué los remedios no son sólo para las mujeres y otros remedios que son específicos de acuerdo con la enfermedad (M. Guetio, comunicación personal, 2026).

Este conocimiento se sustenta en procesos como el cateo, mediante el cual los sabedores interpretan señales espirituales para determinar tratamientos, utilizando infusiones, vaporizaciones o limpiezas con plantas naturales (Rebolledo et al., 2022). De esta manera, la medicina ancestral integra dimensiones físicas, espirituales y culturales, incluyendo diferenciaciones en los tratamientos según género, edad o tipo de enfermedad.

4.7.1. Especialidades

Especialidad 1. Sabedor Espiritual.

El Sabedor espiritual dentro del pueblo Nasa cumple una función central en la identificación y tratamiento de desarmonías tanto físicas como espirituales, tales como el susto, el mal de ojo, el descuajo, el frío o afectaciones relacionadas con fuerzas espirituales. Estas desarmonías son comprendidas desde una perspectiva integral, en la que intervienen factores emocionales, territoriales y espirituales, por lo que su tratamiento requiere conocimientos profundos sobre la relación entre el cuerpo, la naturaleza y los espíritus.

Para el ejercicio de esta especialidad, el sabedor dispone de conocimientos asociados al cateo que es la interpretación de señas, sueños y visiones que le permiten identificar el origen de la enfermedad y orientar el tratamiento. Asimismo, maneja saberes relacionados con el uso de plantas medicinales, rituales de armonización, limpiezas espirituales y prácticas como soplos o refrescamientos. Tal como lo expresa la comunidad, estos procesos no pueden ser abordados desde la medicina occidental:

Por ejemplo, cuando uno está en el territorio, dicen los mayores que los niños ven hasta visiones, y eso a veces es difícil de curar, porque ya toca tratarlo de una forma muy natural y propia. Entonces, uno puede llevarlos al médico occidental, pero un médico no va a descubrir nada, porque eso es espiritual. El único que puede mejorar eso es a través de las sentadas, como se hace en los territorios; a través de limpiezas y refrescamientos.

Otra enfermedad seria es el susto, porque por cualquier cosa se asustan. Hay niños que no pueden salir en la oscuridad de la noche porque se asustan; también puede ocurrir por alguna caída. Si eso no se tiene en cuenta, se va agravando hasta ponerse difícil de curar. Otro caso es el descuajo, aunque por allá nosotros le decimos mal de ojo, cuando dicen que el niño está ojeado. Todo eso también se trata con un mayor espiritual o, si no, en los territorios (D. Cueto Chambo, comunicación personal, 2026).

Las prácticas de prevención y sanación incluyen rituales colectivos e individuales, uso de plantas en infusiones o vaporizaciones, así como la participación en ceremonias mayores acompañadas de música, danza y alimentación propia, que fortalecen el equilibrio con la naturaleza. Entre los insumos más utilizados se encuentran plantas medicinales específicas, el tabaco, la hoja de coca, el mambe y elementos propios como la jigra, que hacen parte del ejercicio cotidiano de la medicina tradicional.

En el contexto urbano, el lugar de atención suele ser la vivienda del sabedor o espacios adaptados dentro de la misma, como habitaciones, terrazas o espacios abiertos. No obstante, estas condiciones no siempre son idóneas, dado que limitan la conexión con el entorno natural, fundamental para ciertos tratamientos. Por ello, cuando es posible, se recurre a espacios externos que permitan una mayor cercanía con la naturaleza.

Especialidad 2. Partera.

La partería en el pueblo Nasa constituye un saber ancestral orientado al cuidado integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto, así como al bienestar del recién nacido. Esta especialidad no se limita al acto del nacimiento, sino que involucra prácticas de acompañamiento físico, espiritual y emocional, enmarcadas en la cosmovisión del pueblo.

Las parteras poseen conocimientos sobre el manejo del cuerpo de la mujer, el desarrollo del embarazo, las dietas alimentarias y espirituales, y los cuidados necesarios para garantizar el equilibrio durante este proceso. En este sentido, la comunidad resalta que “por ejemplo en las dietas nos dicen cómo debemos alimentarnos, también cómo va a ser la alimentación espiritual y física, yo creo que esta, hay que tener mucha fe para recibir eso”. (A. Camayo, comunicación personal, 2026), evidenciando la integralidad del cuidado.

Las prácticas de sanación incluyen sobos, orientaciones sobre alimentación, uso de plantas medicinales y rituales de protección espiritual tanto para la madre como para el bebé. Asimismo, la partería se articula con otros saberes, como el del médico tradicional o el sobandero, fortaleciendo un trabajo colectivo entre sabedores, respecto al sobo las parteras también tienen ese don.

En cuanto a los insumos, se emplean principalmente plantas medicinales específicas para cada etapa del proceso, así como elementos tradicionales que contribuyen al cuidado

espiritual. En la ciudad, las condiciones de atención suelen desarrollarse en espacios domésticos, lo que puede limitar algunas prácticas que requieren condiciones más cercanas al territorio, aunque se mantienen mediante adaptaciones. En cuanto a la atención ellas aprovechan cualquier espacio disponible, si visitan en las casas aprovechan la cama o una mesa o silla si requiere estar sentada, con el tiempo se ha evidenciado que esto puede afectar la salud de las parteras por la prolongación de sus posturas incómodas.

4.7.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Las adaptaciones interculturales del pueblo Nasa en un contexto urbano dan cuenta de un proceso de resistencia, transformación y recreación de sus prácticas ancestrales en salud, en medio de las condiciones y limitaciones propias de la ciudad. En este escenario, los sabedores y sabedoras de la medicina propia y espiritual desempeñan un papel fundamental al buscar estrategias que permitan mantener el equilibrio espiritual, cultural y comunitario, a pesar de las dificultades que implica la distancia con el territorio de origen.

En este sentido, una de las principales adaptaciones identificadas corresponde a la transformación de los espacios de práctica, dado que en el contexto urbano no siempre se cuenta con lugares naturales adecuados para el desarrollo de rituales y tratamientos espirituales. Como lo menciona la comunidad, “para el nasa los mismos espíritus hacen que eso no se pierda, uno los lleva a todo lados y a pesar de las dificultades de conseguir las plantas, o un espacio adecuado. Siempre se busca dónde, así que toca abrir la ventana de la casa para trabajar. (R. Peña, comunicación personal, febrero 2026), lo que evidencia un proceso de resignificación del espacio doméstico como lugar de ejercicio de la medicina propia. Esta situación responde a lo planteado por Bernal (2012), quien señala que en la ciudad los pueblos indígenas recrean su territorio a través de prácticas simbólicas y cotidianas que permiten mantener su identidad, aun en condiciones adversas.

De igual forma, se evidencia la incorporación de estrategias para suplir la ausencia de elementos propios del territorio, especialmente en relación con las plantas medicinales. La comunidad reconoce que

Si hacemos un estudio espiritual, de pronto puede salir una planta que no la tenemos aquí. Porque sí, para recoger, para tratar el pulso, aquí hacen falta muchas plantas, porque yo me acuerdo que allá en el territorio hay que utilizar lo que le decían pico esmeralda, una plantita rojita que es todo chiquita, y aquí no hay en ninguna parte, entonces toca buscar una planta con la misma fuerza pero avece no es suficiente (R. Peña, comunicación personal, 2026),

Lo anterior implica procesos de adaptación del conocimiento ancestral. Sin embargo, estas transformaciones no están exentas de tensiones, ya que algunos sabedores consideran que

no es adecuado utilizar plantas de otros pueblos, señalando la importancia de preservar la especificidad cultural del conocimiento Nasa (O. Peña, comunicación personal, febrero 2026). Esto refleja una tensión entre adaptación y conservación, característica de los procesos transculturales en contextos urbanos.

Finalmente, uno de los principales desafíos en el contexto urbano está relacionado con el acceso a sabedores, espacios y condiciones adecuadas para la práctica de la medicina ancestral. A diferencia del territorio, donde las personas se desplazan hacia donde se encuentran los sabedores, en la ciudad se invierte esta dinámica, generando dificultades en la atención oportuna: “en mi territorio uno es quien va hacia donde están los sabedores ancestrales y no son ellos quienes vienen a nosotros. Nosotros vamos hacia ellos y vamos a buscarlos en la casa donde viven, acá esperamos que el abedor venga a la casa y no debe ser así. (D. Cueto Chambo, comunicación personal, 2026). A esto se suma la falta de acceso a espacios naturales como ríos o lagunas, fundamentales para procesos de armonización, lo que obliga a gestionar espacios prestados o adaptados (M. Vivas, comunicación personal, 2026). No obstante, estas dificultades también evidencian la capacidad de resistencia cultural del pueblo Nasa, quienes, como señalan diversos autores, recrean su identidad y fortalecen sus prácticas en la ciudad como una forma de pervivencia cultural y política (Bernal, 2012).

4.7.3. Espectro geográfico

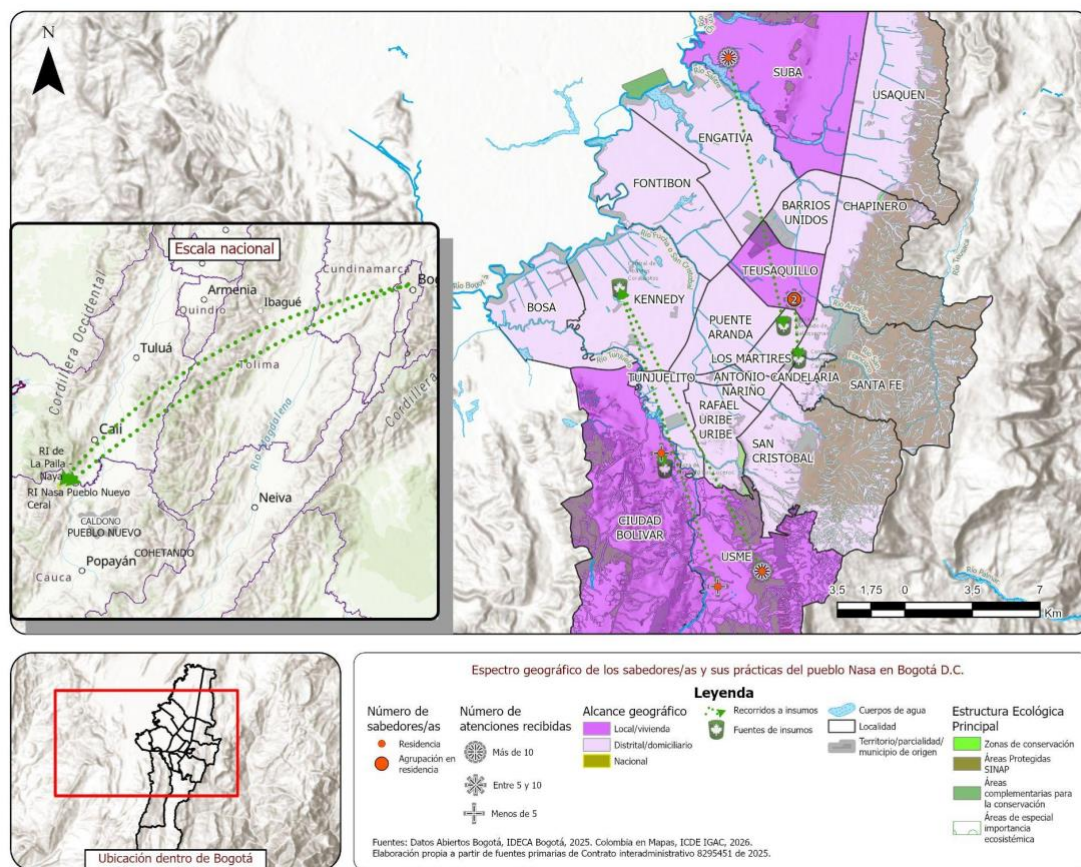
El espectro geográfico de los sabedores/as en el pueblo Nasa es reflejo de la dispersión poblacional que lo caracteriza en el modelo espacial sobre la ciudad³⁰, lo que conlleva un alcance distrital tanto por las visitas domiciliarias como por el ejercicio práctico bajo la armonización territorial que provee la naturaleza. Justamente, esta cosmogonía espiritual y sagrada en torno al ambiente es el principal reproductor en las dinámicas de constante flujo dentro y fuera de la ciudad ya que las viviendas propias no son las predilectas en la atención prestada por los sabedores/as. Si bien también se prestan estas residencias bajo las acomodaciones convencionales de las prácticas, al igual que los centros comunitarios destinados o la Casa de Pensamiento Intercultural lo que genera un alcance local en cierta medida, las preferencias a los procesos de sanación y equilibrio espiritual van hacia la búsqueda de elementos que rememoren el territorio de origen. Prueba de ello, se acopla en las áreas de importancia ecosistémica de la Estructura Ecológica Principal donde se acoplan algunos sitios ceremoniales como los que recurre el sabedor en el caso de una finca en Usme donde “está cerca al río y es apenas para hacer los trabajos espirituales, sentadas y mambeos” (R. Paya, comunicación personal, 2026).

De esta forma, se comprende mejor la cobertura amplia que los seis sabedores/as involucran en todo el territorio urbano como muestra la cartografía respectiva (figura 28). Fuera de la población inferior del pueblo asentado en la ciudad, por lo que la tasa elevada de sabedores

³⁰ Apéndice cartográfico de Capítulo de Estado de Salud

y caminantes no es rigurosa, se cubren a través de los equipos interculturales las visitas y los seguimientos en el espectro distrital urbano invirtiendo una lógica desde el territorio de origen donde el sabedor asiste al domicilio del paciente. A pesar de que en este punto se reestructura parte de la influencia del territorio nativo, los saberes y prácticas etnomédicas mantienen la identidad original fundamental en la transmisión y preservación cultural, como son la preferencia del ejercicio en entornos apegados a los ríos o lagunas, el uso de las plantas medicinales autóctonas del pueblo o inclusive el fortalecimiento de la lengua. Si bien en el mapa no se exponen las localizaciones de estos sitios simbólicos y sagrados como también la CPI, toman relevancia para recalcar la apropiación territorial en las zonas contiguas y que de alguna forma se asocian a los sistemas ecosistémicos ofrecidos por la ciudad.

Figura 28. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Nasa en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Nasa, aplicadas en el marco de la investigación.

En relación con las fuentes de insumos, es considerable la recursividad y multiplicidad en un patrón de desplazamiento amplio lo cual genera proporcionales alcances hacia estos recursos. Sin embargo, como es de esperarse de un pueblo con territorios de origen variados sobre una región dispar a la de la ciudad allegada, estos no son suficientes en su capacidad ofrecida lo que lleva a ralentizar los procesos y hasta restar la optimización de los rituales ceremoniales. No obstante, gracias a las adaptabilidades recalcadas en prácticas y espacios el pueblo Nasa ha podido sostener formas de resignificación territorial a través del tejido social y procesos de resistencia urbanos.

4.8. Pueblo Tubü Hummürimassa

Dentro de las historias de sanación del Pueblo Tubü Hummurimassa, los nombres asignados a los descendientes no constituyen únicamente una identificación familiar o comunitaria, sino que definen la responsabilidad espiritual, cultural y médica que cada persona debe asumir dentro de la comunidad. Desde la cosmovisión Tubü, el nombre determina el rol de sanación, el tipo de conocimiento que debe desarrollarse y la manera en que cada sabedor o sabedora contribuye al equilibrio de la vida, del territorio y de las relaciones humanas.

La medicina ancestral Tubü se fundamenta en las historias antiguas, el mambeadero, la palabra viva, las danzas, los cantos y la relación permanente con la naturaleza. En este sistema de conocimiento, cada especialidad se articula con las demás y cumple una función específica dentro de la prolongación de la existencia y la armonización del mundo. Por ello, los roles de los sabedores y sabedoras no operan de manera individual ni fragmentada, sino como parte de una red colectiva de cuidado y orientación espiritual.

4.8.1 Especialidades

Especialidad 1. Diakara Zurandary Hummuri Bayaru – Danzador y armonizador de la vida

El rol de Diakara Zurandary Hummuri Bayaru corresponde al sabedor cuya herramienta principal de sanación es la danza, entendida como una práctica espiritual, corporal y comunitaria orientada a armonizar los desequilibrios de la vida. Desde la tradición Tubü, esta especialidad trabaja la organización colectiva, la psicología social y la transmisión de las historias ancestrales a través del movimiento, la música y la palabra.

Las principales desarmonías que atiende se relacionan con desequilibrios emocionales, sociales y espirituales que afectan la convivencia, la organización comunitaria y el bienestar integral de las personas. En este sentido, la danza no constituye únicamente una expresión

artística, sino una herramienta de sanación que restablece la armonía entre el cuerpo, la mente, el territorio y la comunidad.

Las prácticas de prevención se desarrollan desde el nacimiento de los niños y niñas mediante cantos, palabras de orientación y acompañamientos espirituales dirigidos a las madres y familias. Cuando aparecen desequilibrios físicos o emocionales, el sabedor interviene a través de la palabra de sanación, las historias de los primeros hombres y las danzas tradicionales, buscando reorganizar el cuerpo y el pensamiento.

Asimismo, esta especialidad utiliza medicinas propias como el mambe, el tabaco, el ambil y el murundi, reconociendo que cada planta posee una ciencia específica y un sentido espiritual dentro del proceso de sanación. Los principales insumos incluyen plantas medicinales, instrumentos musicales, collares, tejidos, cerámicas y elementos de purificación asociados al fuego, el aire, el agua y la tierra.

En cuanto a las condiciones de práctica, se reconoce que los espacios urbanos limitan el desarrollo pleno de las ceremonias y danzas, debido al reducido tamaño de las viviendas y a las restricciones impuestas por el entorno urbano. Por ello, los sabedores consideran indispensable contar con una maloka o espacio comunitario propio que garantice condiciones adecuadas para la práctica de la medicina ancestral.

Especialidad 2. Tumiry Dujku Yujku Bary Boo – Guardián del alimento físico y espiritual

La especialidad de Tumiry Dujku Yujku Bary Boo se orienta al cuidado y administración de los alimentos físicos y espirituales, reconociendo que la alimentación constituye una base fundamental para la preservación de la salud y el equilibrio de la vida. Este sabedor trabaja la sanación mediante hierbas, la palabra ancestral y el manejo espiritual de los alimentos. Las principales desarmonías que atiende están relacionadas con desequilibrios corporales, desórdenes digestivos, alteraciones energéticas y afectaciones que pueden manifestarse tanto en el cuerpo como en el pensamiento. Desde esta perspectiva, los alimentos no son entendidos únicamente como sustento material, sino como portadores de energía y armonía.

Las prácticas de prevención incluyen el uso de hierbas medicinales y herramientas espirituales como el murundi, orientadas a evitar la aparición de enfermedades y desequilibrios. Cuando las desarmonías ya se encuentran presentes, el sabedor emplea la palabra de sanación, limpiezas con hierbas y sahumerios, además de orientaciones relacionadas con el cuidado alimentario y espiritual. Entre los principales insumos utilizados se encuentran hojas, raíces, flores, frutas, semillas, instrumentos musicales, collares, tejidos, aceites, resinas, ungüentos y elementos de purificación. Estos materiales forman parte de una práctica integral donde cada elemento posee un significado y una función específica dentro del proceso de sanación.

Respecto a las condiciones de vivienda, el sabedor habita en la casa de los abuelos, espacio que funciona como lugar de aprendizaje y práctica de la medicina ancestral. Sin embargo, se reconoce la necesidad de fortalecer las condiciones locativas y de consolidar un espacio propio y comunitario para el ejercicio de la medicina Tubü en la ciudad.

Especialidad 3. Hummugubu Bujpua Bary Vera Kuary Kumu – Guía espiritual y memoria del conocimiento

La especialidad de Hummugubu Bujpua Bary Vera Kuary Kumu corresponde al guía espiritual encargado de preservar y transmitir la memoria integral del conocimiento ancestral del Pueblo Tubü Hummurimassa. Este sabedor es reconocido como la “biblioteca caminante” de la nación Tubü, debido a que guarda las historias, los códigos de sanación y los saberes asociados a todos los roles de la medicina propia. Las principales desarmonías que atiende incluyen desequilibrios físicos, emocionales, espirituales y mentales. Su práctica médica se fundamenta en la palabra de sanación, el manejo de medicinas ancestrales y el uso de herramientas espirituales que permiten orientar y reorganizar el equilibrio de las personas y la comunidad.

Las prácticas de prevención se desarrollan mediante el uso de hierbas, orientaciones relacionadas con el manejo de los alimentos, el agua y las medicinas propias como el tabaco, el mambe, el ambil, el murundi y el gasirimo o yopo. Para los casos asociados a desarmonías mentales, el sabedor utiliza historias de sanación, códigos espirituales y herramientas propias del mambadero que permiten comprender y tratar los desequilibrios desde la cosmovisión Tubü.

Los principales insumos utilizados comprenden plantas medicinales, instrumentos rituales, collares, tejidos, cerámicas, aceites, resinas, velas, sahumerios y elementos asociados a los cuatro elementos de la naturaleza. Cada uno de estos materiales hace parte de una red simbólica y espiritual que sostiene la práctica médica ancestral. En el contexto urbano, los sabedores desarrollan sus prácticas principalmente en la casa de pensamiento de los abuelos y en espacios comunitarios adaptados. No obstante, manifiestan la necesidad de contar con viviendas y lugares propios para fortalecer el ejercicio de la medicina ancestral y garantizar condiciones dignas para la transmisión del conocimiento.

Especialidad 4. Tubupera Hummuri Ñëkõ Yurago – Mujer consejo y sanadora desde la palabra

La especialidad de Tubupera Hummuri Ñëkõ Yurago corresponde a la mujer líder cuya principal herramienta de sanación es la palabra de consejo y orientación espiritual. Dentro de la comunidad, esta sabedora es reconocida como una autoridad cuya palabra posee un carácter determinante para la armonización y el equilibrio colectivo. Las principales desarmonías que atiende se relacionan con afectaciones emocionales, espirituales y mentales, así como

desequilibrios físicos que requieren procesos de orientación y acompañamiento integral. Su práctica combina rezos, baños con plantas, danzas, sobadas y el uso de herramientas propias del mambadero.

Las prácticas de prevención incluyen historias de sanación, rezos, orientaciones sobre el buen uso de los alimentos y procesos de armonización desarrollados en el mambadero. Cuando las desarmonías se manifiestan físicamente, la sabedora articula los diagnósticos propios con elementos de la medicina occidental, solicitando exámenes médicos para comprender el tipo de desequilibrio que será tratado. En los casos relacionados con afectaciones mentales y emocionales, la sabedora desarrolla diagnósticos mediante las herramientas del mambadero y utiliza gotas medicinales, plantas, palabra de sanación y tratamientos espirituales orientados a intervenir los desequilibrios en etapas tempranas.

Los principales insumos utilizados comprenden plantas medicinales, instrumentos musicales, collares, tejidos, cerámicas, aceites, resinas, velas, sahumerios y elementos naturales vinculados al fuego, el aire, el agua y la tierra. Aunque la sabedora cuenta con vivienda propia, su práctica médica se desarrolla principalmente en la casa de pensamiento de los abuelos, lo que evidencia la importancia del espacio comunitario dentro de la medicina ancestral Tubü.

Especialidad 5. Diãkarabu Hummuri Nêkô – Mujer de la danza y armonizadora espiritual

La especialidad de Diãkarabu Hummuri Nêkô se relaciona con la sanación a través de la danza, el canto y la armonización espiritual. Esta sabedora es reconocida como la mujer que recibe las energías negativas para transformarlas y devolver equilibrio y bienestar a las personas y la comunidad. Las principales desarmonías que atiende incluyen afectaciones emocionales, energéticas y espirituales que alteran la estabilidad física y mental de las personas. Su práctica médica integra masajes corporales, limpiezas con tabaco, armonizaciones y acompañamientos desarrollados desde las herramientas propias del mambadero.

Las prácticas de prevención se basan en el uso del tabaco, las danzas de armonización y el carayuru, orientadas a proteger el cuerpo y fortalecer el equilibrio espiritual. Cuando las desarmonías ya se encuentran presentes, la sabedora emplea medicinas de los abuelos, agua medicinal, jugos, cremas, aceites y masajes corporales que ayudan a reorganizar las energías del cuerpo. Los principales insumos utilizados comprenden instrumentos musicales, tejidos, collares, cerámicas, aceites, resinas, cremas y materiales destinados a la preparación de medicinas propias. Cada uno de estos elementos posee una dimensión espiritual y ceremonial que acompaña los procesos de armonización.

Los principales insumos utilizados dentro de esta especialidad comprenden instrumentos musicales, elementos rituales como collares, tejidos y cerámicas, además de aceites, resinas, ceras, cremas, ungüentos y materiales destinados a la preparación de medicinas propias.

Cada uno de estos elementos posee una dimensión espiritual y ceremonial que acompaña los procesos de sanación y armonización. La presencia de estos materiales no responde únicamente a una función terapéutica, sino también simbólica y cultural dentro de la medicina ancestral Tubü.

En cuanto a los espacios de práctica, Diãkarabu Hummuri Nêkô desarrolla sus procesos de sanación tanto en su vivienda familiar como en una casa de pensamiento que ha venido consolidando progresivamente en la localidad. Sin embargo, mantiene una relación permanente con la casa de pensamiento Tubü y el mambeadero de los abuelos, reconociendo que el aprendizaje, la transmisión del conocimiento y la práctica de la medicina ancestral requieren espacios comunitarios adecuados para preservar la armonía, la palabra y la continuidad de la ciencia ancestral Tubü

4.8.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Los y las sabedores/as de la nación Tubü Hummurimassa por las presiones propias del conflicto en el país han llegado a la ciudad y han tenido que asumir las dinámicas propias de estos espacios urbanos, pero en este contexto difícilmente han sido recibidos como sujetos de derechos, como ciudadanos de la amplia nación colombiana, o como los y las sabedores/as que han sido por milenios en el territorio de la Amazonia; sin embargo han mantenido su cultura, su pensamiento, su idioma como una manera de enseñar sobre su opción de vida, así es como ha pervivido su sanación. Su propuesta de vida en medio de una sociedad destejida es lo que le ha ofrecido a la lógica occidental, compartiendo su ciencia, su palabra, su filosofía y su sanación.

A pesar de esto, algunas instancias han considerado que esta manera puede tener una apertura que revalore el accionar de los y las sabedores/as, que el pueblo pueda acceder a su propia medicina, que pueda abrirse una posibilidad a otro diálogo a través de la propuesta de Medicina Ancestral Indígena. En consecuencia, los desafíos que enfrenta la práctica de la medicina ancestral están en que occidente reconozca en su propio sistema, que hay otras medicinas, otras formas de interacción entre las personas, alternativas a la medicina occidental, donde se respete la dinámica general de otras comunidades, otros pueblos, otras culturas, donde además se pueda aprender y enseñar. De igual forma, evitar la discriminación en torno a los saberes ancestrales, procurar establecer intercambios y diálogos donde se reconozcan las otras prácticas; de otra parte, reconocer diferentes concepciones y ejercicios frente a los procedimientos y el cuidado que se debe dar a las personas tanto para prevenir como para sanar los aspectos físicos y mentales.

Como se ha venido planteando, la transmisión de conocimientos se da en el espacio del mambeadero, que a la vez es un espacio de pensamiento, reflexión, ejercicio y práctica que se distribuyen junto con las herramientas de sanación, en el contexto de ciudad, si bien esta dinámica se dificulta por las actividades propias de la ciudad, las necesidades y urgencias de la comunidad, se mantiene la casa de pensamiento de los abuelos Tubü Hummurimassa como el centro de

reunión de la comunidad y donde llegan invitados de otras etnias así como personas de la ciudad, por tal motivo se procura entender la existencia humana, la alimentación, la cotidianidad que se da en este contexto y los consecuentes desequilibrios y desarmonías. De igual manera se asiste a otros lugares donde los y las médicas ancestrales comparten su conocimiento y sanación, sobre esto dice Diãkarabu:

La transmisión de conocimientos es compleja y en la ciudad se ha hecho más difícil. Por tal motivo, la auto discriminación restringe, la censura de occidente también. El uso de la lengua por un número limitado de personas de la comunidad también y finalmente el no contar con los recursos para tener espacios, construir currículos etc., dificulta (Mambeadero, 14/02/2024).

4.8.3. Espectro geográfico

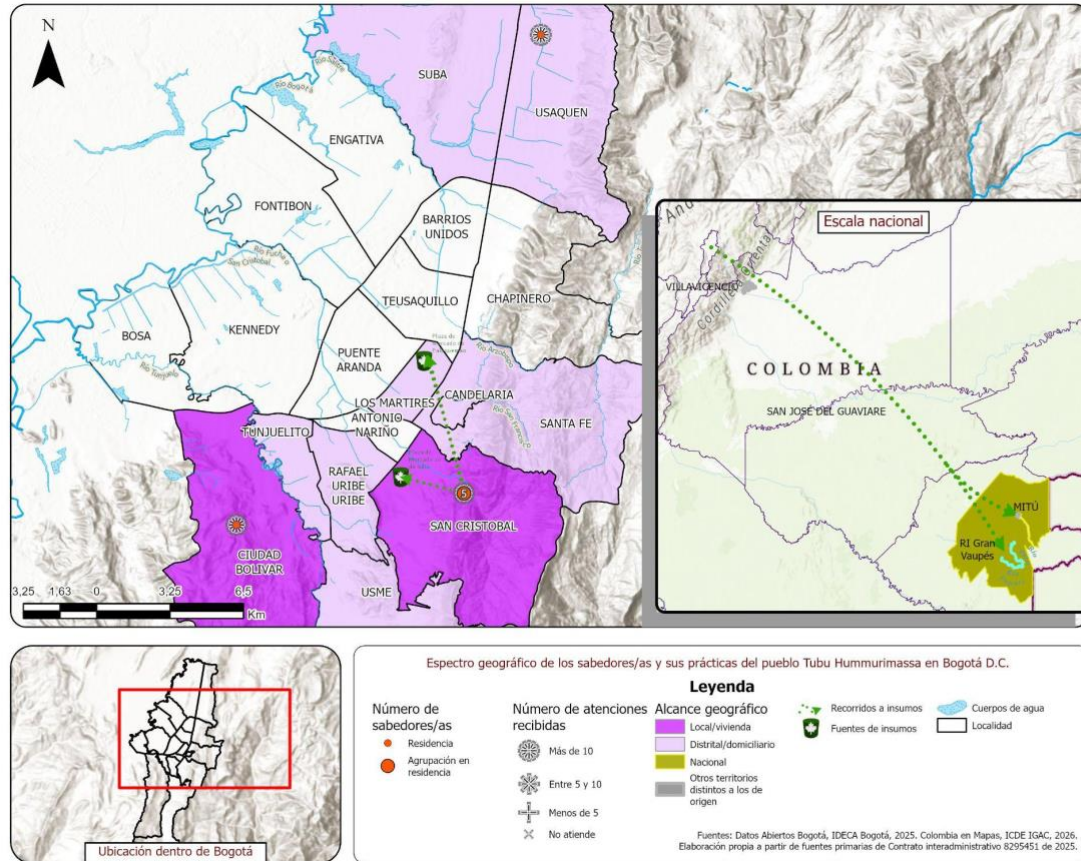
El espectro geográfico de los sabedores/as del pueblo Tubu Hummurimassa perfila un alcance local consolidado a partir de sus Casas de Pensamiento establecidas en los focos de asentamiento³¹, pero también se prolonga a una reconocida cobertura distrital mediante las visitas domiciliarias y encuentros de retroalimentación con otras etnias en espacios comunes y naturales. Precisamente, la filosofía tubu promueve los procesos de sanación y armonización espiritual en las casas destinadas en unos principios de cuidado supremo por la vida y del compartir el conocimiento, como lo apoya la siguiente apreciación de Imika:

Se organiza la prestación de los servicios, pero con los pacientes. Ya es una manera que se reconoce por las personas de la comunidad y la ciudad que asisten. Sin embargo, aún es necesario fortalecer la cultura de aportar a los abuelos, a los y las sanadores (Mambeadero, 2024).

De esta forma se expone la cartografía respectiva (Figura 28) junto con la influencia que operan estos principios, en especial en las zonas apropiadas territorialmente a partir de estos espacios de gobierno y culturales del pueblo, resaltando el foco inclinado hacia la localidad de San Cristóbal donde se acogen la mayoría de los sabedores/as caracterizados, además del otro punto en Ciudad Bolívar que si bien reside a un solo sabedor los desplazamientos y flujos sobre esta zona es considerable en relación a los lugares de atención. Entre tanto, el distanciamiento notorio por el sabedor remite una atención netamente domiciliaria ya que las funciones de movilización no son demandadas únicamente hacia el sabedor acorde a los roles designados y transmitidos, como en este caso el de partera. A propósito, estos roles o saberes infundados por la cosmovisión mitológica del pueblo provienen desde los territorios de origen apoyados por la naturaleza y sus espíritus, lo que conlleva a un alcance nativo que se ha extendido a otros lugares fuera de los mismos, trascendiendo departamentos e inclusive naciones.

³¹ Apéndice cartográfico de Capítulo de Estado de Salud

Figura 28. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Tubu Hummurimassa en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Tubü Hummurimassa, aplicadas en el marco de la investigación.

Sobre la influencia del territorio de origen, es posible dilucidar la extensión del gran resguardo a través de la cartela nacional, del cual se desprenden varias parcialidades del pueblo y que se alejan considerablemente entre ellas en un vasto paisaje que si bien es homogéneo también se correlaciona con múltiples comunidades indígenas más. Pero además, se presentan otros territorios que en la conectividad de estos con la ciudad receptora escapan a las regiones circunscritas y marcan nuevos asentamientos con formas de territorialización fieles a los principios denotados de compartir y bienestar entre grupos sociales.

Por otro lado, las fuentes de insumos se dividen en dos tipos según el lugar de obtención: los de fácil producción en la ciudad y los de procedencia en los territorios de origen que más allá de las condiciones ambientales en que se puedan dar, están más relacionados a un proceso de acompañamiento. Estos últimos hacen referencia exclusiva a las plantas medicinales autóctonas

que al considerarse un ser espiritual, un sabedor, un abuelo, debe ser plantado y acompañado de manera tradicional, junto con la fertilización de la tierra o *adorque* y por parte de las personas asignadas a la función. Sin embargo, como es de suponer las barreras para acceder a estos insumos medicinales se ven mermados por los recorridos extensos y sobrecargados y por las limitaciones de las autoridades que desconocen evitando la circulación de los mismos cuando se logran conseguir.

4.9. Pueblo Uitoto

La preparación en cada especialidad es un camino largo donde los abuelos como los máximos sabios, custodios y transmisores del conocimiento milenario de la comunidad son entrenados y capacitados en las diferentes ramas del saber ancestral, pero al llegar la mayoría de edad deben elegir una especialidad a la que se van a dedicar, poniendo toda la atención en su quehacer. Actualmente en el cabildo se cuenta con tres especialidades, debido a que los abuelos han partido de este plano terrenal y los jóvenes no están interesados en adquirir estos conocimientos.

La elección de una especialidad dentro del pueblo no depende solamente de lo que cada persona quiera aprender, sino también de las capacidades que los mayores reconocen en ella, su compromiso con la comunidad y su disposición para seguir el camino del conocimiento ancestral. Cada sabedor cumple un papel importante dentro del cuidado colectivo, ya sea acompañando procesos espirituales, atendiendo enfermedades, guiando nacimientos, resolviendo conflictos o fortaleciendo las costumbres y enseñanzas propias del pueblo. Por eso, los sabedores y sabedoras no son vistos únicamente como personas que sanan, sino también como orientadores, consejeros y guardianes de la memoria cultural dentro del cabildo.

4.9.1. Especialidades

Especialidad 1. Sabedor.

Este especialista tiene como función principal guiar a los comuneros y sus familias, cumplen una labor de intermediarios en medio de los conflictos que se llevan entre comuneros, luego de un disgusto, una agresión o una falta al manual de comportamiento del cabildo; por otro lado, esta persona guía a los comuneros en el proceso de prevención, sanación y recuperación de enfermedades, con un proceso propio para cada enfermedad física o espiritual. Esta persona debe haber tenido un entrenamiento desde su niñez, donde el abuelo lo guía y le llena el canasto (le comparte su conocimiento), esto va desde los bailes, rituales, oraciones, saberes de leyendas e historias hasta llegar a la sanación.

El abuelo es un comunero del pueblo, quien tiene un amplio recorrido y experticia en el saber ancestral, se encarga de aplicar, cuidar, preservar y transmitir las costumbres propias del pueblo, hace parte del consejo que lidera y asesora a los gobernantes del pueblo. La palabra del sabedor orienta muchos aspectos de la vida comunitaria, como la convivencia entre los comuneros, la crianza de los niños y niñas, el respeto por las normas del pueblo y el cuidado de las costumbres propias. Dentro de la comunidad se le reconoce como una autoridad espiritual y de guía, ya que conoce la historia del pueblo, los rituales, las plantas medicinales y las formas tradicionales de comprender y atender las diferentes desarmonías que pueden afectar a las personas.

Mayormente los sabedores hacen uso de las plantas que tienen a su disposición para tratarlas espiritualmente y luego prepararlas para la sanación, estas se pueden aplicar, beber o inhalar. Por lo general se usa el mambe, ambil y los inciensos. Dentro de la comunidad, estos elementos tienen un significado espiritual y no se consideran sólo objetos materiales, ya que son utilizados por los sabedores en los procesos de sanación para fortalecer la palabra, armonizar el pensamiento y mantener la conexión con los espíritus protectores y el territorio. Según la situación de cada persona, pueden realizarse rezos, soplos, baños, sahumerios o diferentes recomendaciones espirituales.

Los sabedores al igual que la comunidad no cuentan con un espacio propio para sus prácticas, por lo que intervienen a los comuneros en sus propias casas, donde se realiza todo el tratamiento, los sabedores piden los insumos al comunero para poder proceder, ya que ellos no obtienen una remuneración a cambio. La mayoría de sabedores cuentan con casa en la zona de invasión llamada polígono 194, ubicada en la localidad de Usme, en la periferia del parque entre nubes. Esta situación refleja las dificultades que muchos sabedores enfrentan en la ciudad, ya que continúan realizando su labor comunitaria a pesar de contar con pocos espacios adecuados, dificultades para conseguir algunos insumos y condiciones económicas inestables. Aun así, los abuelos siguen acompañando y orientando a la comunidad, compartiendo sus conocimientos y fortaleciendo el cuidado colectivo del pueblo.

Especialidad 2. Partera.

Las parteras al igual que los sabedores cuentan con el mismo entrenamiento desde su niñez en varios saberes y luego se especializan en labores de parto, para poder desempeñarse solas en la comunidad, deben contar con unos años de práctica y acompañamiento de la abuela a cargo de su formación, primero deben escuchar las instrucciones, historias y saberes; luego proceden a observar como la partera realiza su intervención, posteriormente pasan apoyar las mismas y finalizan realizando dichas intervenciones con supervisión de su instructora. La formación de las parteras no se basa únicamente en aprender cómo atender un parto; durante su proceso de aprendizaje también adquieren conocimientos sobre el cuidado espiritual de la madre

y el bebé, la alimentación durante el embarazo, los cuidados del cuerpo y las prácticas culturales que acompañan el nacimiento dentro de la comunidad.

La partera acompaña el proceso del embarazo desde su inicio y se asegura que no hayan inconvenientes, de ser así la partera realizará los bebedizos o sobos necesarios para que el bebé y su madre lleguen a una buena labor de parto. Ya en el momento de parto ellas se encargan de todo el proceso, dando instrucciones de apoyo a quien tenga a su lado, una caminante o una familiar de la madre gestante. El parto es entendido como un proceso espiritual y comunitario, en el cual la partera cumple una función de guía, protección y armonización. Por ello, el acompañamiento no se limita al momento del nacimiento, sino que también incluye cuidados previos y posteriores relacionados con la recuperación de la madre, el fortalecimiento del bebé y la protección espiritual de ambos.

Las abuelas parteras no cuentan con un lugar donde realizar sus labores, deben ir a la casa de la madre, en ocasiones, previniendo la fecha del parto, la abuela se traslada con anterioridad al domicilio para preparar esta intervención. Las abuelas recalcan que no tienen accesos para realizar sus labores o acompañar a la comunera en el momento que esta se encuentre en un centro de atención médica occidental y que les gustaría trabajar de la mano con los médicos a la hora del proceso, ya que esto permitiría acompañar de una mejor manera a las mujeres indígenas gestantes. Para ellas, es fundamental que durante el embarazo y el parto se respeten tanto los procedimientos médicos occidentales como las prácticas culturales y espirituales propias de la comunidad.

Especialidad 3. Rezandero.

Los abuelos rezanderos tienen una formación desde su niñez, cuando un abuelo del consejo de abuelos nota algo distinto o el interés del niño por aprender, este es apartado y comienza proceso de aprendizaje al lado de sus padres o abuelos, este aprenderá todo lo que pueda a partir del sabedor y luego pasará a otro u otros para completar su formación. El proceso de aprendizaje del rezandero requiere tiempo, disciplina y un fuerte compromiso espiritual, ya que debe memorizar y comprender las oraciones, los rezos y las palabras rituales que se utilizan durante los procesos de armonización y sanación; por tal razón, es fundamental que estos conocimientos sean aprendidos y practicados correctamente, ya que de esto depende la fuerza espiritual y el sentido de las prácticas realizadas.

El rezandero por medio de oraciones, consulta a los diferentes dioses de la tierra para conjurar un remedio, artefacto o zona afectada, el Dios estará representado en el ambil, mambe o planta que se tenga en el momento de la oración. Si el abuelo no está en su territorio ancestral debe elevar sus oraciones al Dios del territorio en el que está; en el caso de Bogotá el sabedor hará el rito pertinente con peticiones al dios del territorio Muisca; aunque no hablen el idioma

Muisca, el dios lo entenderá y actuará en pro de resolver la necesidad que se le está solicitando. El sabedor debe adaptarse y buscar información del territorio de Bogotá y verificar cuales plantas pueden reemplazar las que se encuentran en el territorio ancestral, en la información recolectada se encontró que el intercambio de conocimientos entre comunidades ayuda a fortalecer el saber que se construye en el contexto urbano. Esto evidencia que el ejercicio espiritual del rezandero también implica reconocer las energías y particularidades del territorio urbano donde habita la comunidad, adaptando sus prácticas y formas de cuidado al contexto de ciudad, sin dejar de lado los fundamentos espirituales y culturales de su conocimiento ancestral.

Debido a que el cabildo no cuenta con un espacio propio, el rezandero tampoco dispone de un lugar fijo para realizar sus prácticas. El abuelo debe ir al domicilio o al lugar donde se encuentra la persona con desarmonía. La mayoría de los abuelos no cuentan con una vivienda propia y, peor aún, no cuentan con una vivienda digna, al vivir en el polígono 194 (invasión del parque entre nubes), el cual es un territorio no urbano en donde las casas son edificadas con materiales reciclados o no aptos para la construcción, lo cual refleja condiciones de vulnerabilidad y, genera que los abuelos deban movilizarse a lo largo de la ciudad para realizar su labor, a diferencia de las prácticas en el territorio ancestral, en donde el comunero es quien debe ir a la casa o maloka del rezandero. Es por esto por lo que, en el contexto urbano las distancias, la dispersión comunitaria y las limitaciones económicas transforman las formas tradicionales de atención y obligan a los rezanderos a movilizarse constantemente por distintos sectores de la ciudad para continuar ejerciendo su labor espiritual y comunitaria.

4.9.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Una de las principales adaptaciones identificadas es la incorporación de nuevas plantas y medicinas disponibles en la ciudad. Un sabedor señala que actualmente ha tenido que experimentar con recursos encontrados en Bogotá para sostener procesos terapéuticos: “ahorita yo estoy experimentando muchas medicinas aquí en Bogotá y hay muchas medicinas que sí verdaderamente a mí me han servido (...) con eso es que yo hago la curación” (C. Yucuna, comunicación personal, 2026). Dentro de estas adaptaciones, se menciona el uso de plantas aromáticas y medicinales de fácil acceso en la ciudad como lo es el sauco, la manzanilla y la caléndula, empleadas en baños, sahumerios o bebedizos para desarrollar procesos de armonización y cuidado según las afecciones de las personas. Esta experiencia evidencia que la medicina ancestral ha tenido que ajustarse a los contextos de ciudad para preservar la memoria de la comunidad y la armonía del pueblo; así como la incorporación de nuevos conocimientos sobre plantas propias del territorio andino, lo cual puede generar intercambios entre pueblos indígenas. Otra adaptación importante corresponde a la reorganización espacial del cuidado. En ausencia de territorios amplios y cercanía comunitaria, muchos procesos de armonización se

realizan desde la vivienda del sabedor o mediante prácticas espirituales a distancia, lo cual hace que el acompañamiento no desaparezca, sino que se modifica su forma de realización.

El contexto urbano también ha transformado profundamente el mambeo como práctica colectiva. La comunidad reconoce que, ante la dispersión territorial, los grupos suelen reunirse en pequeños círculos familiares o comunitarios para mambear y fumar tabaco, manteniendo así el vínculo espiritual. Según una de las voces recogidas, “cada grupo, el Yucuna, el Uitoto, el Muinane se reúnen en su grupito a mambear, a comer el mambe, a fumar su tabaquito y a invocarle a ellos en su idioma porque ellos lo entienden” (C. Yucuna, comunicación personal, 2026). Esto muestra que el mambeo se adapta espacialmente sin perder su función de preservación cultural y etnomédica.

La articulación con medicina occidental también forma parte de estas adaptaciones. En varios relatos aparece que procesos hospitalarios o tratamientos biomédicos pueden coexistir con acompañamiento ancestral. Sin embargo, la comunidad señala que esta articulación depende de los acuerdos y las decisiones que se toman en las familias y los sabedores, ya que aún existen pocas rutas o mecanismos institucionales interculturales que permitan realizar un acompañamiento de manera conjunta entre la medicina ancestral y occidental. Muñoz Mojica (2021) plantea que estas adaptaciones forman parte de una reconfiguración cultural más amplia donde las familias Murui Muinane negocian diariamente continuidad y cambio. La medicina ancestral urbana se mantiene precisamente porque logra adaptarse sin disolver su lógica cultural, es decir, los sabedores realizan sus prácticas ancestrales de acuerdo a las condiciones que la ciudad les ofrece, incorporando plantas nuevas, modificando los espacios de atención o fortaleciendo las redes comunitarias de cuidado; todo esto sin dejar de lado sus principios espirituales, la palabra, el mambeo y su cosmogonía respecto a las armonías y desarmonías.

4.9.3. Espectro geográfico

El pueblo Uitoto en Bogotá presenta una configuración territorial fragmentada, pero conectada a partir de un núcleo residencial ubicado principalmente al sur de la ciudad, especialmente en sectores periféricos de Usme y Ciudad Bolívar. Como se observa en la Figura 30, gran parte de los sabedores se ubican en zonas como el polígono 194, desde donde se generan redes de atención, acompañamiento espiritual y circulación de insumos hacia otras localidades. A diferencia de otros pueblos indígenas, la práctica médica Uitoto no depende exclusivamente de lugares físicos estables, sino de la capacidad del sabedor para activar espiritualmente los territorios donde se encuentre mediante la palabra, el pensamiento, el tabaco, el mambe y los rituales de armonización.

En la escala local, el principal lugar de práctica no es una maloka o un cabildo permanente, sino la vivienda del sabedor y, en muchos casos, la casa de la persona que requiere atención. Esto hace que la medicina ancestral funcione mediante dinámicas móviles y

domésticas, donde los sabedores deben desplazarse constantemente por la ciudad para realizar curaciones, rezos y acompañamientos espirituales. Como relata uno de los abuelos:

Siempre también estando pendiente de pronto de alguna llamada (...) abuelo venga que lo necesito urgente (...) y de una vez le hice la curación, mejor dicho con el agua y el tabaco y otras medicinas y listo (Comunicación personal, 2026).

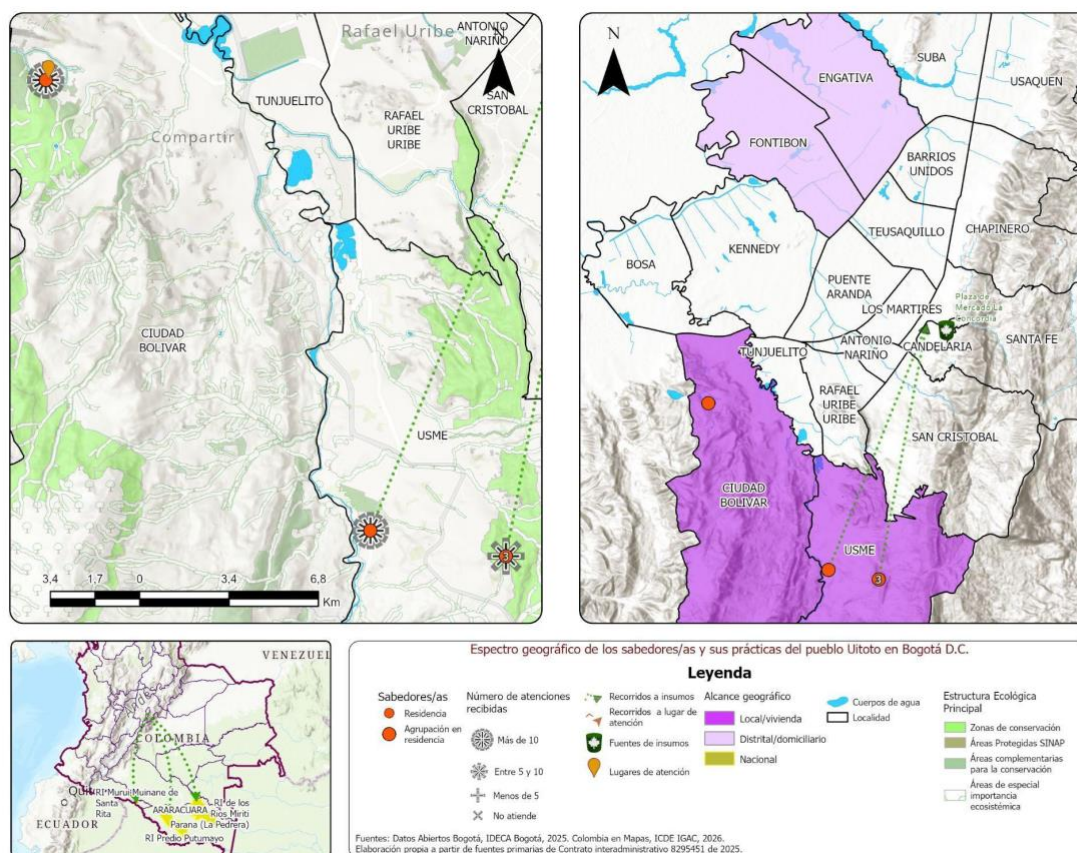
Sin embargo, estas mismas condiciones generan importantes dificultades para el ejercicio de la medicina ancestral. Muchos sabedores no cuentan con vivienda propia ni con espacios adecuados para realizar prácticas rituales y procesos de armonización. La mayoría debe atender en espacios domésticos reducidos o movilizarse constantemente entre barrios y localidades. La guía señala que gran parte de los sabedores habitan en zonas periféricas como el polígono 194, en Usme, donde las condiciones habitacionales y urbanas limitan la posibilidad de construir espacios rituales similares a los del territorio amazónico. Esto afecta especialmente prácticas que requieren silencio, concentración espiritual y disposición adecuada de los elementos rituales.

En la escala distrital, el mapa evidencia recorridos permanentes entre localidades del sur y el centro de Bogotá, asociados tanto a la atención de pacientes como a la búsqueda de insumos ancestrales. La dispersión territorial obliga a que la medicina ancestral se mantenga mediante redes móviles de cuidado y acompañamiento espiritual. Asimismo, el acceso a materiales rituales como mambe, ambil, tabaco y ciertas plantas medicinales depende muchas veces de redes comunitarias o de envíos desde territorio ancestral. Cuando estos elementos no se consiguen, algunos tratamientos y armonizaciones no pueden realizarse de manera completa, afectando la continuidad de ciertas prácticas espirituales y médicas.

En la escala nacional, el pueblo Uitoto mantiene una relación permanente con el territorio amazónico, especialmente con zonas asociadas a los ríos Putumayo y Caquetá. Aunque muchos sabedores viven actualmente en Bogotá, el territorio ancestral continúa siendo la base espiritual de la medicina propia, debido a que allí se encuentran los conocimientos, las plantas y las fuerzas espirituales necesarias para sostener las prácticas de sanación. La guía señala que, incluso fuera del territorio, “los abuelos nunca vamos a mantener el espacio vacío” (C. Yucuna, comunicación personal, 2026), mostrando que la medicina ancestral permanece activa aún en condiciones de desplazamiento y fragmentación territorial.

Finalmente, el espectro geográfico del pueblo Uitoto evidencia una tensión estructural entre desarraigo territorial material y persistencia territorial espiritual. La principal condición que afecta negativamente la práctica es la imposibilidad de reproducir las condiciones espaciales, ambientales y comunitarias del territorio amazónico en la ciudad; sin embargo, la respuesta adaptativa consiste en trasladar el territorio al cuerpo, a la palabra y a la práctica cotidiana del sabedor. Así, la medicina ancestral Uitoto en Bogotá no se organiza desde un territorio fijo, sino desde una red móvil, doméstica y espiritual que permite sostener el equilibrio comunitario en medio de la fragmentación urbana.

Figura 29. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Uitoto en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Uitoto, aplicadas en el marco de la investigación.

4.10. Pueblo Wounaan Nonam

Las especialidades que se describen a continuación hacen parte de un sistema propio de conocimientos que se fundamenta en la cosmovisión del pueblo Wounaan Nonam, donde la salud no se limita al cuerpo físico, sino que integra ámbitos espirituales, energéticos y territoriales. Estas particularidades existen porque el bienestar se entiende como el resultado del equilibrio entre la persona, la naturaleza y los seres espirituales. Así, cada especialidad corresponde a un rol específico dentro del cuidado, transmitido a través de la familia, la experiencia y la relación directa con el territorio, lo cual permite conservar la armonía individual y colectiva.

Los sabedores desempeñan un papel fundamental en la identificación y tratamiento de diversas afecciones que afectan tanto el cuerpo como el espíritu. El tratamiento de las

enfermedades solo abarca un ámbito biológico, sino también manifestaciones de desequilibrios más amplios, asociados a energías negativas, envidia o afectaciones espirituales. Como lo expresa una sabedora, “(...) si un niño está con mal de ojo, debe hacer el tratamiento, o si un niño está vomitando, lo puede levantar y se sana” (Chocho, L., comunicación personal, 2026), lo que evidencia la comprensión integral de la salud y la enfermedad.

Dentro del sistema de conocimiento Wounaan Nonam se identifican diversas especialidades que, aunque diferenciadas, se encuentran profundamente vinculadas. El médico tradicional o *benkhuun* debe poseer un conocimiento amplio abarcando múltiples saberes, tanto espirituales como botánicos; mientras que la partería orienta al cuidado de la vida desde la gestación, incluyendo el acompañamiento y la corrección de la posición del bebé en el vientre materno. En este sentido, una sabedora señala que “(...) he tratado de corregirlo en mal posición del bebé, para dejar en su lugar del bebé en el útero” (Piraza, T., comunicación personal, 2026), lo que da cuenta de conocimientos especializados en el ámbito reproductivo.

Las prácticas etnomédicas se fundamentan en el uso de plantas medicinales, rituales de armonización y baños de protección, los cuales responden a una relación profunda con la naturaleza y los ciclos espirituales. El conocimiento sobre las plantas no solo implica su uso terapéutico, sino también saberes sobre su recolección, manejo y significados simbólicos, “(...) las plantas siempre deben extraer en luna llena, y siempre hablar con ella, para curar efectivamente” (Quiro, J., comunicación personal, 2026), lo que refleja la interacción espiritual con los elementos que hacen parte de la medicina ancestral.

4.10.1. Especialidades

Especialidad 1. Médico tradicional benkhuun

El médico tradicional *benkhuun* ocupa un lugar central dentro del sistema de salud propia del Pueblo Wounaan, debido a que posee conocimientos integrales relacionados con la sanación física, espiritual y emocional. Su práctica médica se orienta a tratar desarmonías corporales, enfermedades internas y afectaciones espirituales que alteran el equilibrio de las personas y la comunidad. Desde la cosmovisión Wounaan, la enfermedad puede tener múltiples orígenes, por lo que el proceso de sanación requiere comprender las dimensiones físicas y espirituales que afectan la vida.

El conocimiento del *benkhuun* se construye mediante procesos de transmisión familiar, aprendizaje práctico y experiencia acumulada en el territorio. Este aprendizaje implica conocer las propiedades de las plantas medicinales, las condiciones adecuadas para su recolección y uso, así como los tiempos naturales y espirituales necesarios para realizar los tratamientos. En este sentido, elementos como las fases lunares, especialmente la luna menguante o la luna nueva,

poseen un papel fundamental dentro de los procesos terapéuticos, ya que orientan los momentos apropiados para la preparación y aplicación de las medicinas ancestrales.

Las prácticas de prevención y sanación incluyen el uso de plantas medicinales, preparación de remedios, aplicación de tratamientos corporales y técnicas relacionadas con la sobandería y la armonización espiritual. Asimismo, existen reglamentos y orientaciones estrictas durante los tratamientos, como guardar silencio, realizar seguimientos permanentes y respetar restricciones alimentarias o comportamentales, aspectos que evidencian la profundidad y complejidad del conocimiento médico ancestral Wounaan.

El médico tradicional también desempeña un papel como orientador espiritual y armonizador comunitario. Posee conocimientos relacionados con las prácticas del yerbatero y del sobandero, así como saberes atmosféricos y espirituales vinculados con plantas, animales y seres espirituales. Dentro de estas prácticas aparecen rituales como el dodojo, orientados a fortalecer el equilibrio entre el cuerpo, la mente y la comunidad. Desde esta perspectiva, la medicina ancestral no se limita a sanar enfermedades, sino que busca restablecer la armonía integral de la vida mediante la comprensión espiritual y el reconocimiento de las emociones que inciden en el origen de las enfermedades. La transmisión de este conocimiento ocurre de manera selectiva y gradual, debido a la responsabilidad espiritual y comunitaria que implica el ejercicio médico. Generalmente, es el propio médico tradicional quien decide a quién transferir sus conocimientos, garantizando así la continuidad y protección de la medicina ancestral dentro de la comunidad.

En el contexto urbano, la práctica del benkhuan enfrenta múltiples dificultades relacionadas con la escasez de plantas medicinales, la falta de espacios adecuados para la atención y la desconexión territorial y espiritual. Las atenciones suelen desarrollarse en viviendas reducidas y sin condiciones apropiadas para realizar rituales, armonizaciones y tratamientos, lo que afecta la continuidad y el fortalecimiento de la medicina ancestral Wounaan en la ciudad.

Especialidad 2. Partera

La partera desempeña un papel fundamental en el acompañamiento integral de las mujeres gestantes y en los procesos relacionados con el embarazo, el parto y el cuidado de la madre y el bebé. Desde la cosmovisión Wounaan, la gestación constituye un momento profundamente espiritual y comunitario, por lo que requiere cuidados específicos orientados a proteger el equilibrio físico, emocional y espiritual tanto de la madre como del niño o niña en formación. El conocimiento de la partera surge principalmente de la experiencia práctica, la observación y la transmisión intergeneracional desarrollada por abuelas y sabedoras de la comunidad. A través de este aprendizaje, las parteras adquieren conocimientos relacionados con el manejo del cuerpo femenino, el acompañamiento emocional y espiritual de las gestantes y las orientaciones necesarias para garantizar un embarazo armonioso.

Las prácticas de prevención y cuidado incluyen revisiones manuales periódicas del vientre, control del embarazo, orientación permanente a las mujeres y acompañamiento emocional durante todo el proceso de gestación. La partera realiza revisiones aproximadamente cada ocho días para identificar alteraciones en la posición del bebé y corregirlas oportunamente mediante técnicas manuales y orientaciones tradicionales. Asimismo, dentro de esta especialidad existen normas y restricciones culturales relacionadas con la alimentación, el comportamiento y determinadas actividades que pueden afectar el desarrollo del embarazo. Por ejemplo, se considera inapropiado cosechar ciertos alimentos o exponerse a fenómenos como los eclipses solares, debido a que estas situaciones pueden generar afectaciones espirituales o físicas en el bebé. Estas orientaciones reflejan la manera en que la medicina ancestral Wounaan articula el cuidado físico con el equilibrio espiritual y ambiental.

La labor de la partera también fortalece las redes de apoyo y confianza entre mujeres, contribuyendo a la preservación de los saberes relacionados con el nacimiento, la maternidad y el cuidado comunitario. En este sentido, la partería constituye una práctica de cuidado integral que protege no solo la salud física de las gestantes, sino también la continuidad cultural y espiritual del pueblo. En la ciudad, las parteras enfrentan limitaciones relacionadas con la falta de plantas medicinales, las condiciones climáticas y la ausencia de espacios adecuados para la atención. Las prácticas suelen desarrollarse en las propias viviendas, utilizando camas y espacios domésticos adaptados, lo que obliga a transformar parcialmente las formas tradicionales de acompañamiento y cuidado.

Especialidad 3. Yerbatero/a

El yerbatero/a es la persona especializada en el conocimiento, manejo y preparación de plantas medicinales dentro del sistema de salud propia del Pueblo Wounaan. Su práctica se fundamenta en la comprensión profunda de las propiedades curativas y espirituales de las plantas, así como en el conocimiento preciso de sus formas de preparación, uso y efectos sobre el cuerpo y el espíritu. Entre las plantas medicinales utilizadas se encuentran el zanadero, la caléndula, el tomillo y el eucalipto, cada una asociada a tratamientos específicos relacionados con enfermedades físicas, espirituales y corporales. Desde la cosmovisión Wounaan, las plantas son consideradas seres vivos dotados de energía y propósito, por lo que su recolección y utilización requieren respeto, conocimiento y responsabilidad espiritual.

Las prácticas de sanación incluyen la elaboración de remedios para enfermedades cutáneas, caída del cabello, desequilibrios físicos y afectaciones espirituales. Sin embargo, este conocimiento no se transmite de manera abierta, debido al riesgo que implica un uso incorrecto de las plantas medicinales. La comunidad reconoce que una preparación inadecuada o una orientación equivocada puede generar efectos negativos graves, lo que evidencia la responsabilidad ética y espiritual que acompaña el ejercicio del yerbatero/a.

El yerbatero/a mantiene además una conexión espiritual con las plantas y con el territorio, entendiendo que cada medicina posee una fuerza propia que debe ser respetada y armonizada antes de ser utilizada. En este sentido, su labor no se limita a la preparación de remedios, sino que también contribuye a la conservación del conocimiento ancestral ambiental y espiritual del pueblo Wounaan.

En el contexto urbano, esta especialidad enfrenta grandes limitaciones debido a la ausencia de plantas específicas del territorio ancestral, como el zanadero, lo que dificulta realizar tratamientos completos y restringe el ejercicio pleno de la medicina basada en plantas. Esta situación afecta la transmisión del conocimiento y debilita la continuidad de las prácticas medicinales tradicionales en la ciudad.

Especialidad 4. Sobandero/a

El sobandero/a desarrolla procesos de sanación física y espiritual mediante técnicas manuales, rituales y prácticas corporales orientadas a aliviar lesiones, fracturas, dolores y desequilibrios corporales. Desde la visión Wounaan, el cuerpo no puede separarse de la dimensión espiritual, por lo que la recuperación física requiere también procesos de armonización energética y espiritual.

Entre las prácticas desarrolladas se encuentran técnicas manuales como el uthu, utilizadas para aliviar lesiones no graves, así como rituales especializados como el kugwiu, orientado a la sanación de fracturas y afectaciones óseas. Estas prácticas evidencian la articulación entre el manejo corporal y la espiritualidad dentro de la medicina ancestral Wounaan. Asimismo, aparecen rituales como el dodojo, relacionados con procesos de armonización y protección espiritual.

Las prácticas de prevención y sanación incluyen el uso de hojas, raíces, plantas medicinales y otros elementos naturales empleados durante rituales y tratamientos corporales. El sobandero también establece relaciones espirituales con plantas, herramientas y seres espirituales que acompañan el proceso de sanación, reconociendo que la recuperación depende tanto de la manipulación corporal como del equilibrio espiritual de la persona.

El conocimiento del sobandero/a se construye a partir de la experiencia corporal, la sensibilidad frente al dolor y la práctica constante dentro de la comunidad. Su labor cumple una función fundamental en la recuperación de la movilidad, el alivio del sufrimiento físico y la preservación del bienestar comunitario.

En el contexto urbano, esta especialidad se encuentra fuertemente afectada por la falta de recursos económicos, la ausencia de espacios adecuados y la desconexión espiritual con el territorio ancestral. La imposibilidad de acceder a plantas específicas y elementos rituales limita la realización completa de los tratamientos y reduce las posibilidades de ejercer plenamente la medicina ancestral en la ciudad.

4.10.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Una de las principales adaptaciones se relaciona con las prácticas en espacios reducidos y cerrados, lo que afecta la relación con el entorno natural y espiritual. La carente percepción de señales del territorio, como los ciclos lunares o los sonidos de la naturaleza, limita la práctica tradicional. Como señala una sabedora, “(...) las casas son cerradas, aquí en la ciudad no se escucha el canto de guaco, hija aquí no se consigue nada de las plantas medicinales” (Chocho, L., comunicación personal, 2026), lo que evidencia la ruptura territorial.

En este contexto, los sabedores han incorporado nuevas técnicas para ejercer su conocimiento, como el uso de plantas disponibles en la ciudad o la adaptación con plantas locales. Aunque estas prácticas no reemplazan completamente las del territorio, permiten cierta continuidad del saber. En este sentido, se reconoce que “(...) hay plantas medicinales aquí también” (Chiripua, G., comunicación personal, 2026), lo que muestra un proceso del conocimiento a partir de las condiciones urbanas.

La adaptación con la medicina occidental se presenta de manera indirecta, principalmente a través de la necesidad de recurrir a medicamentos o especialistas ancestrales en la ciudad. Esta situación se ve atravesada por limitaciones económicas, como lo expresa una sabedora al indicar que, ante la falta de recurso económico, es difícil “(...) acudir a un médico ancestral, para salvar la vida” (Chocho, L., comunicación personal, 2026).

Entre los principales desafíos se encuentran la pérdida de prácticas, la dificultad para acceder a plantas medicinales, las condiciones de vivienda y la poca transmisión del conocimiento. Sobre todo, se evidencia la limitación en la enseñanza de los saberes, tanto por desconfianza como por el riesgo de uso inadecuado. Como afirma un sabedor, “(...) no se transmite todos los saberes ancestrales a todo mundo” (Quiro, J., comunicación personal, 2026). A pesar de ello, persisten esfuerzos por enseñar a las nuevas generaciones dentro de la comunidad, como estrategia para preservar el conocimiento en el contexto urbano.

4.10.3. Espectro geográfico

El pueblo Wounaan Nonam en Bogotá presenta una configuración territorial muy localizada, concentrada principalmente en la localidad de Ciudad Bolívar, UPZ Lucero y El Tesoro, especialmente en sectores como Vista Hermosa y Los Alpes. A diferencia de otros pueblos, en la cartografía no se evidencian recorridos amplios hacia lugares de atención ni rutas marcadas de adquisición de insumos, lo cual muestra que la práctica de la medicina ancestral se sostiene principalmente desde espacios cercanos, domésticos y barriales. En este caso, la

vivienda del sabedor, las tiendas locales y algunos puntos de venta de plantas medicinales funcionan como los principales lugares donde se mantiene viva la práctica.

En la escala local, la medicina ancestral Wounaan Nonam se desarrolla sobre todo en las casas de los sabedores y sabedoras, mediante consultas, visitas domiciliarias y atención directa a personas de la comunidad. Los pacientes son llevados a casas ajenas cuando requieren atención de benkhũun o parteras, lo que evidencia que no existe un espacio comunitario propio y adecuado para la práctica médica ancestral. Esta situación convierte la vivienda en el principal lugar de sanación, pero también en una dificultad, porque muchos sabedores no cuentan con casa propia, espacio suficiente o condiciones adecuadas para atender a los pacientes.

Una de las dificultades más fuertes para este pueblo es la falta de espacios adecuados para ejercer la medicina propia. En la ficha de caracterización se repite que varios sabedores atienden en viviendas pequeñas, arrendadas o no acondicionadas, y que no cuentan con recursos para ampliar la casa o tener un lugar especial para la atención. Esto afecta especialmente a parteras, sobanderos y médicos tradicionales, quienes necesitan privacidad, tranquilidad, plantas, elementos rituales y condiciones mínimas para realizar sus prácticas. Por eso, aunque la medicina sigue viva, muchas veces se ejerce en condiciones limitadas.

Otro factor deteriorante importante es la dificultad para conseguir plantas medicinales propias del territorio. La guía menciona que en la ciudad “no se consigue nada de las plantas medicinales” y que tampoco cuentan con lotes para sembrarlas, ni con condiciones para cultivarlas en apartamentos. En la ficha, los sabedores también señalan que algunas plantas se compran en mercados locales de Vista Hermosa o Los Alpes, pero no tienen la misma fuerza que las plantas del territorio de origen. Además, traerlas desde el Chocó requiere dinero para viajar, tiempo y redes de apoyo.

En la escala distrital, el mapa muestra una práctica poco extendida territorialmente. No se observan grandes desplazamientos hacia otras localidades, sino una concentración alrededor de Ciudad Bolívar. Esto no significa ausencia de medicina, sino una forma de práctica más contenida y barrial. La medicina ancestral Wounaan Nonam se sostiene en la cercanía: la casa, el barrio, las tiendas locales, las redes familiares y las visitas domiciliarias. Esta escala reducida también evidencia una dificultad: al no contar con rutas institucionales claras ni espacios propios, la práctica depende mucho del esfuerzo personal de los sabedores.

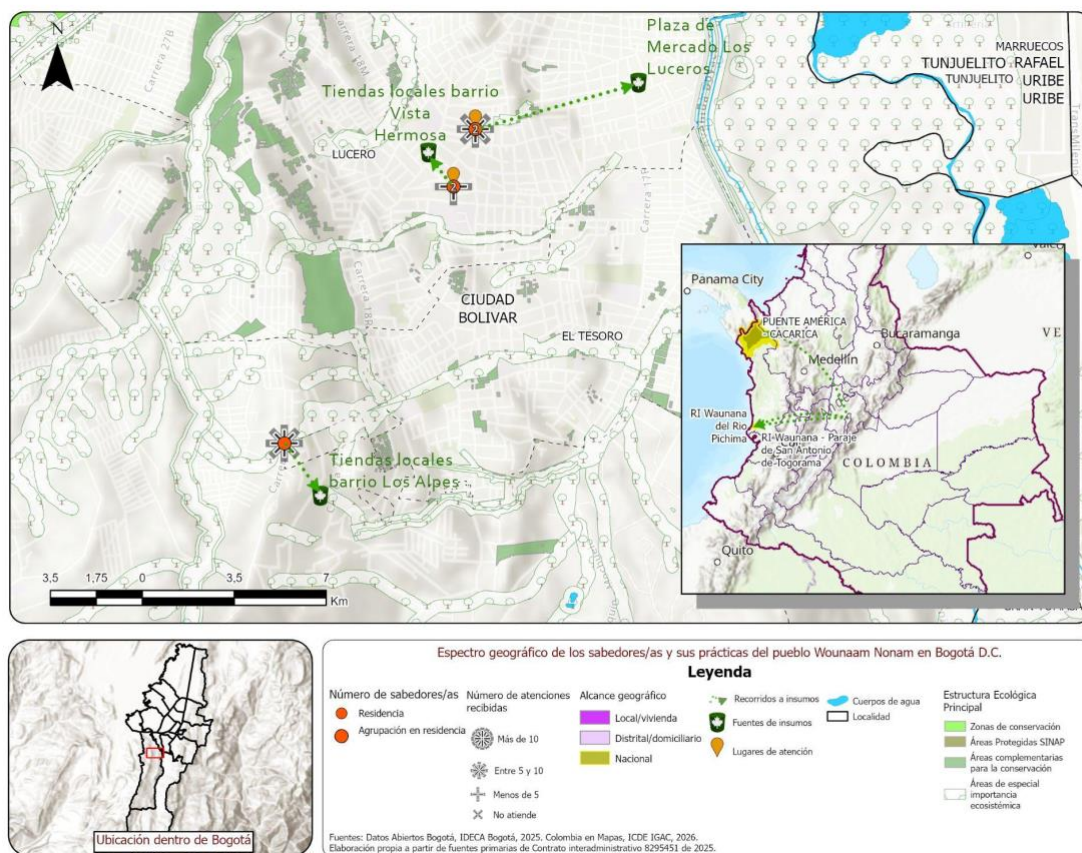
En la escala nacional, el vínculo con el territorio de origen sigue siendo fundamental. El mapa muestra conexiones con territorios como el Resguardo Indígena Wounaan del Río Pichimá, San Antonio de Togoromá, Cacarica y otros lugares del Pacífico. Estos territorios son importantes porque allí están las plantas, los conocimientos, los espíritus del territorio y las condiciones donde la medicina ancestral tiene mayor fuerza. Sin embargo, la distancia entre Bogotá y el territorio de origen convierte el acceso a insumos en una dificultad permanente.

Los principales factores deteriorantes para el pueblo Wounaan Nonam son, entonces, la falta de espacio propio para la atención, la dificultad para conseguir plantas medicinales, la

ausencia de huertas o lugares de siembra, los bajos ingresos de los sabedores, la poca articulación con el sistema de salud occidental y el debilitamiento de la transmisión hacia jóvenes y adultos. En la ficha también aparece una preocupación fuerte por la pérdida de interés de las nuevas generaciones, lo cual afecta la continuidad del saber ancestral en la ciudad.

A pesar de estas dificultades, la medicina ancestral Wounaan Nonam pervive mediante la atención en vivienda, las visitas domiciliarias, la compra de plantas en puntos locales, el envío o traslado de insumos desde el territorio, y la enseñanza familiar de los saberes. Su práctica no se organiza a partir de grandes recorridos urbanos, sino desde una red cercana de cuidado, sostenida por sabedores y sabedoras que adaptan su conocimiento a las condiciones del barrio y de la ciudad. Así, la medicina ancestral Wounaan Nonam en Bogotá se mantiene viva en espacios pequeños, cotidianos y familiares, aunque atravesada por fuertes limitaciones materiales, económicas y territoriales

Figura 30. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Wounaan Nonam en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Wounaan Nonam, aplicadas en el marco de la investigación.

4.11. Pueblo Yanacona

Las especialidades identificadas en el proceso de caracterización del pueblo Yanacona en contexto urbano corresponden a: Armonizador/armonizadora, Sobandero/sobandera, Yerbatero/yerbatera, Partera y Sahumador, estas especialidades no funcionan de manera aislada, sino que hacen parte de un sistema integral de salud propia, en el cual cada uno cumple un rol específico dentro del equilibrio físico, espiritual y comunitario.

Dentro del sistema de salud propio no existe una clasificación rígida como en la medicina occidental, pero si se reconocen diferentes caminos o especialidades que cumplen funciones específicas dentro del cuidado de la vida. También se identifican sabedores en el uso de plantas, sabedores espirituales, portadores del conocimiento en tejido, música, danza etc. La salud se construye en conjunto, como un tejido donde cada saber aporta al equilibrio. La comunidad establece que el saber se construye y se reconoce colectivamente, en ese sentido, la legitimidad no depende de títulos, certificados ni tiempo medido.

El sabedor se forma en el caminar, en la práctica y en la relación con la comunidad y la espiritualidad, tal como lo expresó un sabedor Yanacona “el sabedor no se hace de un día para otro, es un proceso que viene desde niño, es un don que uno va descubriendo y que la comunidad también reconoce” (S. Barón, comunicación personal, 2026)

4.11.1. Especialidades

Especialidad 1. Armonizador/a

El armonizador o armonizadora ocupa un lugar central dentro del sistema de salud propia del Pueblo Yanacona, debido a que su labor está orientada al restablecimiento del equilibrio entre la persona, la comunidad, el territorio y el mundo espiritual. Su práctica se fundamenta en una comprensión integral de la vida, en la cual las desarmonías no se manifiestan únicamente en el cuerpo físico, sino también en los pensamientos, las emociones, las energías y las relaciones espirituales.

Las principales situaciones que atiende esta especialidad están asociadas a desequilibrios energéticos, afectaciones espirituales, cargas emocionales y conflictos que alteran la armonía individual y colectiva. En este marco, el armonizador o armonizadora desarrolla procesos de orientación espiritual, acompañamiento comunitario y armonización del entorno,

reconociendo que la salud depende del equilibrio entre todos los elementos que conforman la vida

El ejercicio de esta especialidad requiere conocimientos profundos sobre lectura espiritual, manejo de energías, realización de rituales, pagos y conexión con los elementos de la naturaleza. Estos conocimientos no se adquieren mediante procesos formales de formación, sino a través de procesos de vida, llamados espirituales y reconocimiento comunitario. La legitimidad del sabedor se construye desde el caminar, la experiencia y el vínculo con la comunidad.

Las prácticas de prevención y sanación incluyen armonizaciones, limpiezas energéticas, rituales, pagos, uso de sahumerios y orientaciones espirituales que buscan restablecer el equilibrio integral del ser. Para ello, se utilizan plantas medicinales, elementos naturales asociados al agua, el fuego, el aire y la tierra, además de otros insumos propios de la tradición. En el contexto urbano, estos elementos suelen obtenerse mediante redes comunitarias o ser trasladados desde el territorio ancestral, lo que evidencia las dificultades materiales y espirituales que enfrenta la práctica en la ciudad.

Asimismo, los espacios de atención requieren procesos previos de preparación espiritual, debido a que en el contexto urbano no existen las mismas condiciones energéticas y territoriales presentes en el territorio de origen. Por ello, la práctica del armonizador/a implica no solo la atención de la persona, sino también la armonización del lugar donde se desarrolla el proceso de sanación.

Especialidad 2. Sobandero/a

El sobandero o sobandera desempeña una función orientada al tratamiento de dolencias físicas relacionadas con el cuerpo, especialmente aquellas asociadas a golpes, tensiones musculares, torceduras, desacomodamientos corporales y dolores articulares. Su práctica se basa en el conocimiento corporal, la experiencia acumulada y la sensibilidad energética que le permite identificar alteraciones en el equilibrio físico de la persona. Aunque esta especialidad se concentra principalmente en el cuerpo, desde la visión Yanacona no existe una separación absoluta entre lo físico y lo espiritual. Por ello, las afectaciones corporales también pueden relacionarse con estados emocionales, tensiones energéticas o desequilibrios internos que inciden en la salud integral.

Las prácticas de sanación incluyen sobadas, manipulaciones manuales, masajes tradicionales y el uso de aceites, ungüentos y plantas medicinales orientadas a aliviar dolores y restablecer el equilibrio corporal. Estas prácticas suelen complementarse con recomendaciones para el cuidado posterior y orientaciones relacionadas con hábitos de descanso, alimentación y equilibrio emocional.

Los insumos utilizados en esta especialidad comprenden aceites naturales, plantas medicinales, pomadas tradicionales y otros elementos empleados para facilitar la manipulación corporal y la recuperación física. En el contexto urbano, muchos de estos recursos deben adaptarse según su disponibilidad, lo que implica transformaciones parciales en la práctica sin perder su fundamento cultural. El ejercicio del sobandero/a se desarrolla generalmente en viviendas, espacios comunitarios o lugares adaptados por los propios sabedores, quienes adecuan las condiciones necesarias para realizar la atención de manera apropiada. Esto evidencia la capacidad de adaptación del sistema de salud propia en contextos urbanos.

Especialidad 3. Yerbatero/a

El yerbatero o yerbatera es la persona encargada del conocimiento, uso, manejo y preparación de plantas medicinales, constituyéndose como una de las bases fundamentales del sistema de salud propia del Pueblo Yanacona. Su conocimiento se encuentra profundamente ligado al territorio, los ciclos de la naturaleza y la relación espiritual con la Pacha Mama que es fuente de vida y equilibrio. Las principales situaciones que atiende esta especialidad incluyen enfermedades físicas, afecciones digestivas, respiratorias y de la piel, así como algunos desequilibrios energéticos que pueden ser tratados mediante el uso de plantas medicinales. Desde esta perspectiva, las plantas no son concebidas únicamente como remedios terapéuticos, sino como seres vivos que poseen energía y capacidad de armonización.

Las prácticas de prevención y sanación desarrolladas por el yerbatero/a comprenden la preparación de infusiones, baños medicinales, sahumerios, emplastos y remedios tradicionales que cumplen funciones físicas, espirituales y preventivas. Estas prácticas se realizan considerando los tiempos de la naturaleza, las propiedades energéticas de las plantas y las necesidades particulares de cada persona. Los principales insumos utilizados son plantas medicinales, raíces, hojas, flores, semillas y cortezas obtenidas tradicionalmente en el territorio ancestral. No obstante, en el contexto urbano el acceso a estos elementos es limitado, lo que obliga a los sabedores a desarrollar estrategias como el intercambio comunitario, la compra en plazas y mercados o el traslado de insumos desde el territorio de origen. La práctica del yerbatero/a se desarrolla principalmente en espacios adaptados dentro del hogar o en escenarios comunitarios donde se preparan y comparten los remedios tradicionales. A pesar de las dificultades de acceso a los insumos y de las transformaciones del contexto urbano, esta especialidad continúa siendo un eje fundamental para la preservación del conocimiento medicinal Yanacona.

Especialidad 4. Partera

La partera cumple un papel fundamental en el acompañamiento de los procesos de gestación, parto y posparto desde una visión integral que articula dimensiones físicas, espirituales, emocionales y comunitarias. Su labor no se limita al momento del nacimiento, sino que inicia desde el cuidado de la mujer gestante y se extiende al acompañamiento del recién nacido, la familia y los procesos de protección espiritual asociados a la vida. Las principales situaciones que atiende incluyen el seguimiento del embarazo, el acompañamiento durante el parto, los cuidados posteriores al nacimiento y las prácticas de protección espiritual del bebé y la madre. Desde la cosmovisión Yanacona, el nacimiento constituye un momento sagrado que requiere equilibrio, armonía y cuidado integral

Las prácticas de prevención y sanación incluyen baños con plantas medicinales, sobadas, cuidados alimentarios, armonizaciones y rituales relacionados con el nacimiento. Asimismo, se desarrollan prácticas culturales orientadas al fortalecimiento espiritual y territorial del recién nacido, como la siembra del ombligo y otras acciones simbólicas que refuerzan el vínculo con la comunidad y la naturaleza. Los insumos utilizados comprenden plantas medicinales, aceites, semillas, elementos naturales y materiales propios de la tradición empleados en los procesos de cuidado y protección. En el contexto urbano, el acceso a algunos de estos elementos puede verse limitado, lo que obliga a las parteras a generar adaptaciones para mantener la continuidad de sus prácticas. Las prácticas de la partera se desarrollan generalmente en hogares o espacios adecuados para garantizar condiciones de armonía, tranquilidad y protección espiritual. Esto demuestra que la medicina ancestral relacionada con el nacimiento mantiene una fuerte dimensión comunitaria y territorial incluso en escenarios urbanos.

Especialidad 5. Sahumador/a

La especialidad de sahumador/a dentro del Pueblo Yanacona se relaciona con los procesos de limpieza, armonización y protección espiritual mediante el uso del humo, las plantas medicinales y los elementos sagrados de la naturaleza. Desde la cosmovisión Yanacona, el sahumero constituye una práctica ancestral orientada a equilibrar las energías de las personas, los espacios y la comunidad, permitiendo restaurar la relación armónica entre el cuerpo, el espíritu, el territorio y las fuerzas espirituales que sostienen la vida. El sahumador o sahumadora desempeña un papel fundamental dentro del sistema de salud propia, debido a que su práctica interviene en situaciones asociadas a cargas energéticas, afectaciones espirituales, conflictos emocionales, ambientes considerados pesados o desequilibrios que alteran la tranquilidad individual y colectiva. En este sentido, la enfermedad no se comprende únicamente como una afectación física, sino también como una ruptura del equilibrio espiritual y comunitario que requiere procesos de limpieza y armonización.

Las prácticas de prevención y sanación desarrolladas por esta especialidad incluyen limpiezas energéticas, armonizaciones, rituales espirituales, pagamentos y sahumeros realizados

sobre personas, viviendas, espacios comunitarios y lugares considerados espiritualmente afectados. Estas acciones buscan retirar energías negativas, fortalecer la protección espiritual y restablecer el equilibrio integral del ser. Asimismo, el sahumerio/a acompaña procesos colectivos relacionados con ceremonias, encuentros comunitarios y rituales de armonización del territorio. Los principales insumos utilizados comprenden plantas medicinales secas, resinas, maderas aromáticas, carbón, tabaco, semillas y otros elementos naturales asociados al fuego, el aire, el agua y la tierra. Dentro de la tradición Yanacona, cada planta posee una energía y una función específica dentro del proceso de armonización, por lo que su uso requiere conocimientos espirituales y culturales transmitidos por los mayores y sabedores de la comunidad.

En cuanto a las condiciones de práctica, el ejercicio del sahumerio/a en contexto urbano enfrenta dificultades relacionadas con el acceso a plantas medicinales y espacios adecuados para el desarrollo de ceremonias y limpiezas espirituales. Por ello, muchos de los insumos deben ser trasladados desde el territorio ancestral o conseguidos mediante redes comunitarias y procesos de intercambio entre familias indígenas. Asimismo, los espacios donde se realizan las armonizaciones requieren procesos previos de preparación espiritual para garantizar condiciones adecuadas para la sanación. La especialidad de sahumerio/a evidencia la permanencia de las prácticas de protección espiritual y armonización territorial del Pueblo Yanacona en la ciudad. Más allá de una función terapéutica, esta especialidad constituye una forma de preservar la memoria cultural, fortalecer los vínculos comunitarios y mantener viva la relación espiritual con la naturaleza y el territorio ancestral.

Respecto a tu segunda pregunta, sí es posible que existan otras especialidades o roles de sabiduría dentro del Pueblo Yanacona que no quedaron plenamente desarrollados en el instrumento o en los relatos recogidos. En muchos pueblos indígenas, las categorías como médico tradicional, yerbatero, sobandero, partera o sahumerio funcionan como clasificaciones generales, pero dentro de la práctica comunitaria existen otros roles relacionados con:

- armonizadores espirituales
- rezanderos o mayores de palabra
- cuidadores del fuego
- orientadores ceremoniales
- conocedores de plantas específicas
- autoridades espirituales
- guardianes del territorio y del agua

En el caso Yanacona, el mismo análisis de los relatos muestra que la función de armonizador/a aparece con suficiente profundidad y autonomía como para considerarse una especialidad diferenciada, aunque no siempre figure formalmente en las categorías institucionales.

4.11.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

El ejercicio del saber etnomédico del Pueblo Yanacona en la ciudad de Bogotá implica una transformación profunda en la manera de relacionarse con el territorio. En el espacio ancestral, la medicina se desarrolla en conexión directa con la naturaleza, en lugares que tienen

una carga espiritual propia como montañas, ríos y páramos, pero en la ciudad, estas condiciones no están presentes de la misma manera, lo que exige una resignificación del territorio.

En este contexto, espacios como la Casa de Pensamiento, los hogares y algunos lugares comunitarios se convierten en territorios simbólicos donde se recrea la práctica, aunque esta resignificación no elimina la diferencia con el territorio de origen y exige un mayor esfuerzo espiritual. Como lo expresa una sabedora: “En la ciudad tenemos que prepararnos más espiritualmente, porque el entorno es diferente y hay muchas energías cruzadas” (P. Anacona, comunicación personal, 2026).

Esto evidencia que la práctica en contexto urbano no es una simple traslación, sino un proceso de reconfiguración territorial y espiritual, donde el sabedor debe armonizar no solo a la persona, sino también el espacio. Uno de los elementos más importantes que emerge del análisis es que, a pesar de los cambios, el pueblo Yanacona no pierde su identidad ni su sistema de conocimiento, la adaptación no implica transformación en el sentido de abandono, sino en la capacidad de sostener el saber en condiciones distintas. Como lo expresa Y. Chicangana, “No dejamos de ser Yanacona por estar en Bogotá; lo que hacemos es adaptar el saber a las condiciones que tenemos” (comunicación personal, 2026). Esta afirmación refleja una postura de resistencia cultural, en la que el conocimiento se mantiene vivo a través de la flexibilidad y la capacidad de responder al contexto.

Este proceso puede entenderse también desde la noción del “tiempo del no tiempo”, en donde la identidad no se rompe con el desplazamiento, sino que se reafirma desde la memoria, el idioma, los símbolos y la Ley de Origen (Cabildo Mayor Pueblo Yanacona & CETY, 2016, p. 12). Así, la adaptación se convierte en una forma de continuidad cultural. Por otro lado, uno de los principales desafíos en el contexto urbano es el acceso a los insumos necesarios para la medicina ancestral, especialmente las plantas. A diferencia del territorio, donde estos elementos están disponibles, en la ciudad su acceso es limitado, lo que obliga a los sabedores a buscar alternativas.

Como lo menciona J. Jiménez, “en Bogotá nos toca buscar otras formas de conseguir las plantas o traerlas del territorio, porque no todo se consigue acá” (comunicación personal, 2026). Esto implica no sólo una dificultad logística, sino también una transformación en la práctica, ya que algunos procesos deben adaptarse o reconfigurarse. Estas condiciones generan dependencias externas y, en algunos casos, sustituciones parciales de elementos, lo cual puede afectar la integralidad de los tratamientos, pero, los sabedores continúan desarrollando estrategias para sostener la práctica, demostrando una capacidad de adaptación sin perder el sentido espiritual.

El contexto urbano no solo transforma la práctica médica, sino también las estructuras sociales y familiares que sostienen el conocimiento, el debilitamiento de formas tradicionales de convivencia y la fragmentación de la familia impactan directamente en la transmisión del saber. Tal como lo señala el Cabildo Mayor Pueblo Yanacona & CETY (2016), las transformaciones

sociales han generado nuevas realidades, como hogares sostenidos por una sola figura parental, lo que modifica las dinámicas de cuidado y acompañamiento (p. 18).

Esto representa un desafío para la continuidad del conocimiento ancestral, que tradicionalmente se ha transmitido en espacios familiares y comunitarios. En este sentido, la práctica de la medicina ancestral en la ciudad no solo enfrenta barreras materiales, sino también cambios en las relaciones sociales, lo que exige nuevas estrategias de fortalecimiento cultural. A pesar de los desafíos, la transmisión del conocimiento continúa siendo un eje fundamental dentro del pueblo Yanacona. Los sabedores y sabedoras asumen la responsabilidad de compartir sus conocimientos con las nuevas generaciones, adaptando las formas de enseñanza a los contextos urbanos.

Este proceso no se da únicamente en espacios formales, sino en la vida cotidiana, en los círculos de palabra, en el acompañamiento y en la práctica, como lo plantea el pensamiento propio: el tiempo del mayor y la mayor es el tiempo de compartir la sabiduría y “regar la semilla” en las nuevas generaciones (Cabildo Mayor Pueblo Yanacona & CETY, 2016, p. 37). Entonces la transmisión no se detiene en la ciudad, sino que se transforma, manteniendo su esencia espiritual y comunitaria. Los sabedores continúan siendo los principales portadores de este conocimiento, garantizando su continuidad a pesar de las condiciones adversas.

En Bogotá, el pueblo Yanacona convive con el sistema de salud occidental, lo que genera dinámicas de relación complejas. Si bien en algunos casos se da un uso complementario de ambos sistemas, esto no implica una integración plena. La medicina ancestral mantiene su autonomía y su lógica propia, basada en la espiritualidad, el territorio y la comunidad. La relación con el sistema occidental se da más desde la necesidad que desde una articulación estructurada, lo que evidencia tensiones en términos de reconocimiento, legitimidad y comprensión del saber. Esto plantea la necesidad de avanzar hacia un diálogo intercultural que respete las diferencias epistemológicas y garantice el reconocimiento del sistema de salud propio como una forma válida de cuidado.

4.11.3. Espectro geográfico.

El pueblo Yanacona en Bogotá presenta una práctica de medicina ancestral distribuida principalmente hacia el occidente y suroccidente de la ciudad, especialmente en localidades como Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar. Como se observa en la Figura 31, la práctica médica se sostiene desde núcleos residenciales y comunitarios dispersos, donde los sabedores desarrollan procesos de armonización, sobandería, partería, uso de plantas medicinales y acompañamiento espiritual. A diferencia de otros pueblos, en este caso no se identifican rutas explícitas de adquisición de insumos dentro de Bogotá ni recorridos definidos hacia lugares de atención. Esto significa una decisión de reserva frente a información sensible relacionada con la medicina propia y los lugares asociados al ejercicio espiritual del saber ancestral.

En la escala local, los lugares de práctica no se entienden únicamente como espacios físicos donde se presta atención médica, sino como territorios vivos donde se articulan memoria, espiritualidad y comunidad. La guía señala que “el territorio no es solo tierra; es memoria, es historia, y eso en la ciudad se siente distinto” (Y. Itaz, comunicación personal, 2026). Esto evidencia que el ejercicio de la medicina ancestral depende no solo de un lugar geográfico, sino de las condiciones espirituales y energéticas que el sabedor logra construir en el espacio. Por esta razón, gran parte de las prácticas se desarrollan en viviendas familiares, casas de comuneros y algunos espacios comunitarios, donde los sabedores adaptan habitaciones, patios o consultorios propios para realizar armonizaciones, limpiezas, sobadas, sahumerios y procesos de orientación espiritual.

Dentro de la ficha de caracterización aparece que algunos sabedores realizan visitas domiciliarias y cuentan con espacios adaptados para la atención, particularmente en sectores de Ciudad Bolívar donde algunos lograron adecuar consultorios propios dentro de la vivienda. Sin embargo, la mayoría reconoce que los espacios urbanos no siempre reúnen las condiciones necesarias para la práctica. Se menciona que “muchas veces las armonizaciones se hacen en casas, porque no siempre contamos con un espacio propio” (I. Anacona, comunicación personal, 2026). Esto se convierte en uno de los principales factores deteriorantes para la práctica médica Yanacona en Bogotá, ya que ciertas especialidades, como armonizadores, sahumadores y parteras, requieren condiciones específicas de tranquilidad, fuego, tulpa, plantas y disposición espiritual que son difíciles de mantener en contextos urbanos y viviendas reducidas.

En la escala distrital, el mapa muestra que la medicina ancestral Yanacona se mueve principalmente mediante redes de cercanía y relaciones comunitarias. Las atenciones se realizan a través del voz a voz, llamadas telefónicas, visitas directas y encuentros comunitarios, más que por estructuras formales o institucionales. Esto configura una lógica flexible donde el sabedor se desplaza según las necesidades de la comunidad y adapta su práctica al espacio disponible. Aunque no se representen rutas visibles en el mapa, la práctica sí implica movilidad constante entre viviendas, barrios y localidades donde los comuneros residen. Aun así, las distancias urbanas, el tráfico, los costos de transporte y las dinámicas de la ciudad afectan el tiempo y las posibilidades para ejercer la medicina propia de manera continua.

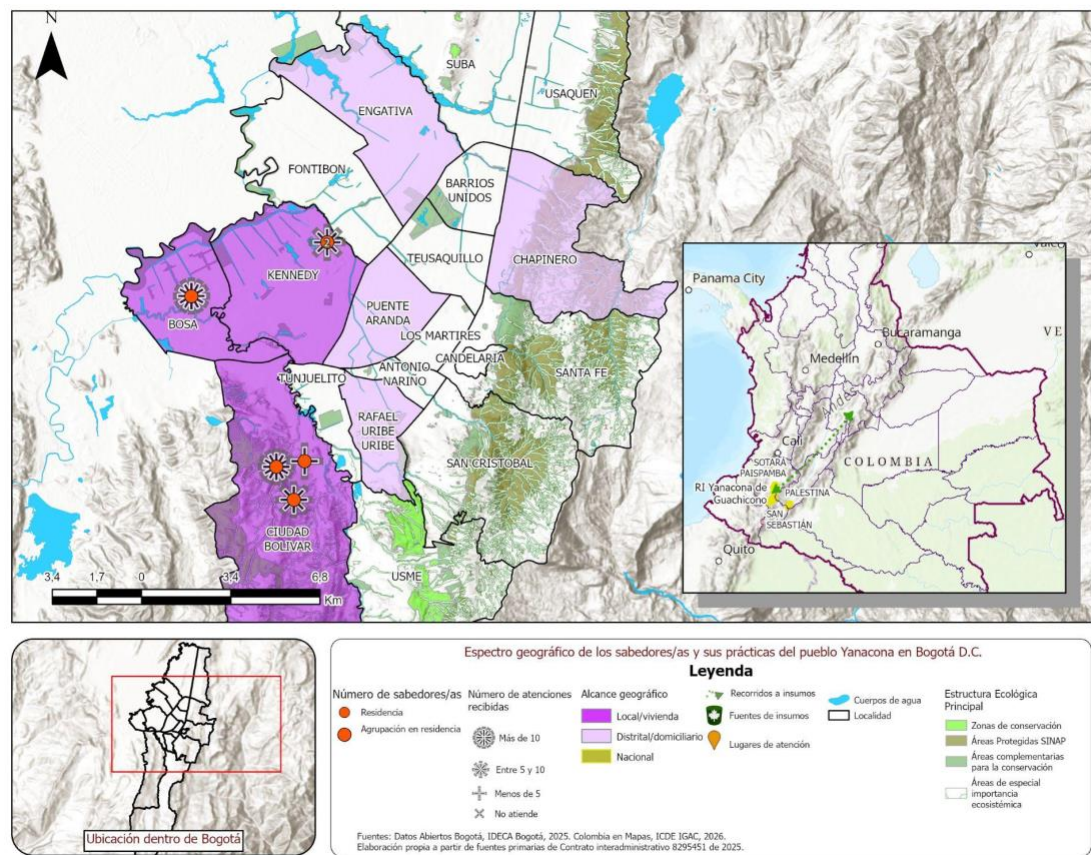
Uno de los deteriorantes más importantes identificados tanto en la guía como en la ficha de caracterización es la dificultad para acceder a plantas medicinales e insumos propios del territorio ancestral. Los sabedores mencionan que muchas plantas no se consiguen fácilmente en Bogotá, que algunas “no crecen o se secan” por las condiciones climáticas y que comprar plantas en plazas o mercados “no es lo mismo que sacarlas de la tierra por ella misma”. Además, traer plantas e insumos desde el territorio implica altos costos, largos desplazamientos y dependencia de familiares o redes comunitarias. Esto afecta especialmente prácticas como la armonización, la yerbatería y la partería, donde las plantas no son sólo elementos físicos, sino portadoras de fuerza espiritual y territorial.

Mediante los instrumentos aplicados, se evidencia que la práctica médica Yanacona enfrenta transformaciones derivadas del contexto urbano. La fragmentación familiar, la reducción de espacios comunitarios y las nuevas dinámicas laborales afectan la transmisión del conocimiento ancestral. Muchas formas tradicionales de convivencia se han debilitado y los procesos de enseñanza ya no se dan de la misma manera que en el territorio de origen. A esto se suma la relación compleja con el sistema de salud occidental, donde, aunque existen algunos usos complementarios, todavía persisten tensiones relacionadas con reconocimiento, legitimidad y comprensión de la medicina propia. Los sabedores reconocen que la medicina ancestral mantiene su autonomía espiritual y territorial, aun cuando debe convivir con dinámicas institucionales urbanas.

En la escala nacional, el mapa evidencia una conexión permanente con territorios ancestrales ubicados principalmente en Cauca y Huila, como Guachicono, Sotar, Rioblanco, San Sebastián y Palestina. Estos lugares no aparecen únicamente como puntos de procedencia, sino como territorios espirituales donde se encuentran los conocimientos, las plantas, los mayores y las condiciones necesarias para el fortalecimiento de la medicina ancestral. La guía señala que la práctica médica Yanacona no puede trasladarse completamente al contexto urbano porque depende de una relación directa con la pacha mama, los ciclos naturales y los elementos del territorio. Por esta razón, aunque los sabedores viven y ejercen en Bogotá, continúan manteniendo vínculos espirituales y comunitarios permanentes con el territorio de origen.

A pesar de las dificultades materiales, territoriales y urbanas, la medicina ancestral Yanacona pervive mediante procesos de adaptación y resistencia cultural. La práctica continúa viva a través de la palabra, el acompañamiento, la enseñanza cotidiana, las visitas domiciliarias, los círculos de palabra, la familia, el tejido, la tulp y los espacios comunitarios. Los sabedores siguen transmitiendo conocimientos a las nuevas generaciones mediante la práctica diaria y la orientación espiritual, manteniendo el vínculo con el territorio aun dentro de la ciudad. Así, la medicina ancestral Yanacona en Bogotá no se sostiene únicamente desde lugares físicos fijos, sino desde una red comunitaria y espiritual que permite recrear el territorio y mantener el equilibrio entre cuerpo, naturaleza y pensamiento en medio de las condiciones urbanas.

Figura 31. *Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Yanacona en Bogotá*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Yanacona, aplicadas en el marco de la investigación.

4.12. Pueblo Eperãrã Siapidaara

Los sabedores y sabedoras en el pueblo Eperãrã Siapidaara son el eje fundamental para la preservación de la vida y el sistema de salud propia, actuando como guardianes de un conocimiento que vincula lo físico con lo espiritual. Según Ismare (2026), estos líderes representan la esencia del pueblo y su presencia garantiza la sanación integral, evitando que la comunidad pierda su vigor y su identidad cultural en contextos urbanos. En este marco, los sabedores y sabedoras asumen la responsabilidad de guiar espiritualmente a la comunidad y tratar afecciones que la medicina occidental no logra detectar, tales como el espanto, el mal de ojo y el mal espíritu (Moya, 2026; Valencia, 2026). Esta importancia radica en su capacidad para curar mediante conocimientos heredados y técnicas de protección espiritual que inmunizan a los individuos contra energías malignas, consolidando al sabedor no solo como un clínico, sino como un guardián del orden social y la armonía comunitaria (Tovar, 2026; Dura, 2026).

Dentro de este sistema etnomédico, existen especialidades claramente definidas que conforman una red de cuidado integral: el jaipana y el pildecero, encargados de diagnosticar y curar males espirituales profundos; la partera, quien mediante masajes, baños y dietas garantiza partos fluidos y previene enfermedades como el pasmo; el sobandero, dedicado a la recuperación física y muscular; y el yerbatero, quien posee el saber para dialogar con el espíritu de las plantas o chimia (Dura, M., 2026; Quiro, 2026). Cada especialista responde a las enseñanzas propias de sus maestros, lo que permite una diversidad de prácticas donde, a pesar de utilizar plantas o rituales distintos, se mantiene el objetivo común del bienestar colectivo (Ismare, 2026).

4.12.1. Especialidades

Especialidad 1. Jaipana

Es la autoridad médica y guía espiritual fundamental del pueblo Eperãrã Siapidaara, cuyo ejercicio no es hereditario sino una vocación cimentada en el aprendizaje con maestros y una conducta ética intachable. El (la) Jaipana ejerce como mediador ante las jais, lo que le permite abordar desarmonías espirituales o desequilibrios causados por entidades no visibles. Para realizar estas atenciones de salud, es indispensable que cuente con un espacio propio que garantice su concentración; de lo contrario, el espíritu de los jais no se manifiesta. La falta de este entorno adecuado es crítica: si un paciente llega en estado grave y el o la Jaipana se distrae, la salud del enfermo podría empeorar o derivar en otras complicaciones espirituales. (T.Valencia, comunicación personal, 2026). Para este propósito, el jaipana debe dominar una amplia gama de conocimientos técnicos que incluyen la botánica medicinal y el uso de la "vista", una facultad diagnóstica que permite identificar el origen metafísico de la dolencia (Puama Tobar, 2017).

Además, el (la) Jaipana debe realizar tres ceremonias de mesa cada quince días, previas a la atención de pacientes, con el fin de armonizar el espacio y su propia espiritualidad. Estas sesiones son fundamentales para fortalecer, limpiar y proteger su entorno de los malos jais. Asimismo, el jai del Jaipana suele manifestarse a través de los sueños, advirtiéndole sobre la condición de los pacientes que vendrán para que pueda prepararse adecuadamente. Finalmente, existen protocolos de prevención fundamentales para salvaguardar su don: por ejemplo, el o la Jaipana no debe dar la mano derecha a otros médicos ancestrales. Esta precaución busca evitar la pérdida de su conocimiento o de su jai, lo cual no sólo anularía su capacidad de sanación, sino que podría derivar en enfermedades graves o incluso en la muerte (Valencia, 2026).

En palabras del jaipana José Milton Tovar Mejía (comunicación personal, 2026), esta función se expresa en un conocimiento amplio que articula diagnóstico, tratamiento y manejo de enfermedades espirituales específicas, así como en la relación entre distintas especialidades de la medicina ancestral del pueblo Eperara.

Tengo conocimiento como jaipana médico ancestral, pildecero, curanderos en espanto, mal de ojo, espanto de pasión, mal de ojo seco. yerbatero para curar diferentes tipos de enfermedades, sobandero. Hay enfermedades que solamente puede tratar o puede curar solamente con las plantas medicinales. Pero cuando practican oraciones para tratar enfermedades a veces por ese motivo ya dejan de practicar el conocimiento que venían practicando nuestros ancestros como con las plantas medicinales (M.Tovar, comunicación personal, 2026).

En este marco, se destaca la coexistencia de roles tradicionales (jaipana, yerbatero, sobandero) frente a la aparición de nuevas patologías espirituales. Este jaipana advierte que la creciente dependencia en oraciones y 'secretos' para curar enfermedades físicas y espirituales está desplazando el uso de plantas medicinales, debilitando así el conocimiento ancestral botánico que fundamenta la medicina propia.

En la práctica médica, la sanación Eperara articula dimensiones sonoras, vegetales y simbólicas para restaurar el equilibrio biopsicosocial del paciente. El uso de cantos rituales específicos es determinante, ya que estos inducen estados de serenidad que facilitan la recuperación del cuerpo físico a través de la armonización interior (Puama Tobar, 2017). Dentro de esta dinámica, el ritual de "la mesa" ocupa un lugar central para alimentar y equilibrar a los espíritus (jais), contando con la participación vital de la esposa del Jaipana como custodia de estas entidades (ACIESNA & GEIM, 2004). En contextos urbanos, el ejercicio médico requiere insumos especializados como bastones tallados con figuras guardianas, el asiento sagrado (ãk'au) y bebidas tradicionales como el viche (ACIESNA & GEIM, 2004). Asimismo, la vivienda del sabedor debe cumplir con condiciones de idoneidad espiritual, donde la presencia de huertas o azoteas actúa como un blindaje contra energías negativas, asegurando un entorno de respeto y paz para la atención efectiva de los enfermos (ACIESNA & GEIM, 2004).

Con respecto a la situación habitacional de los jaipanas en la ciudad de Bogotá, presenta limitaciones críticas que afectan la calidad de su labor ancestral. Al residir en viviendas bajo la modalidad de arriendo, el sabedor y su núcleo familiar disponen de espacios reducidos que carecen de la infraestructura necesaria para la práctica de la medicina tradicional. A diferencia de las condiciones del territorio, donde se cuenta con huertas propias para el cultivo de medicinas, despensas especializadas para el almacenamiento de preparaciones, cuartos exclusivos para la sanación espiritual y física y lugares sagrados. El entorno urbano obliga al hacinamiento, el hecho de tener que compartir espacios con otras familias fragmenta la armonía de los rituales, haciendo que la vivienda en la ciudad sea inadecuada e insuficiente para garantizar el tratamiento espiritual y físico que la requiere.

Especialidad 2. Pildecero

El dap'ato o (pildecero) se define como el acompañante principal y guía estratégico del jaipana, cuya función diagnóstica es indispensable para el éxito de la medicina ancestral. Su rol consiste en el ejercicio de la "vista", una capacidad para trascender a dimensiones espirituales y visualizar la "sombra" del paciente, permitiendo identificar si la desarmonía es de origen natural, un maleficio o una afección causada por espíritus (Puama Tobar, 2017). Esta labor es determinante para el pronóstico del enfermo, ya que el pildecero comunica al jaipana y a los familiares si la persona tiene remedio, si la cura compete al saber propio o si es necesaria la remisión al sistema médico occidental (ACIESNA & GEIM, 2004).

En nuestras costumbres la única persona que llega en donde está el paciente es el pildecero porque el pildecero es la persona que hace el diagnóstico de las enfermedades espirituales y la guía para que un jaipana realice el trabajo. Y es esa persona es que lo ven todos los espíritus que están alrededor o lo que están lejos de él también de qué forma se ven el espíritu a través de la toma de pilde, entonces por eso motivo a veces sin el pildecero no sale bien la armonización”. (M.Tovar. Sabedor del Pueblo Eperara Siapidaara, comunicación personal, 2026)

El acceso a este conocimiento no es necesariamente jerárquico ni restrictivo por edad o género, aunque posee un fuerte componente hereditario vinculado a los dones de los antepasados. Para consolidarse como pildecero, el interesado debe experimentar visiones mediante la ingesta del zumo del bejuco pildé; sin esta experiencia visionaria, no es posible ejercer el oficio (ACIESNA & GEIM, 2004). El aprendizaje puede darse mediante la experimentación directa con la planta o bajo la guía de un jaipana que oriente el tránsito espiritual. Técnicamente, la agudeza de la visión se fortalece con prácticas rituales específicas, como lavarse la cara con hojas de pildé morada o realizar baños en tiempo de luna llena con la hierba denominada "borrachera" (ACIESNA & GEIM, 2004).

En cuanto a los insumos y la operatividad médica, el pildecero utiliza principalmente el bejuco pildé o borrachera morada (iwaa), el cual es cortado, machacado y cocinado hasta obtener un extracto amargo que se consume puro o diluido en aguardiente. Para potenciar el efecto diagnóstico, el jaipana suele cantarle al pildé antes de que sea ingerido, estableciendo una simbiosis técnica donde "uno no puede trabajar sin el otro" (ACIESNA & GEIM, 2004). Además del uso de la planta, el pildecero gestiona las exigencias de los espíritus "delicados" o dañinos, como los de la serpiente o el lagarto piande, quienes antes de permitir la curación suelen requerir ofrendas específicas que incluyen tabaco, cigarrillos y bebidas como cerveza o vino en el plano espiritual (ACIESNA & GEIM, 2004).

Por otro lado, la práctica medicinal del pildecero en el entorno urbano enfrenta barreras estructurales que comprometen gravemente la eficacia y la mística de su labor. Al compartir las deficiencias habitacionales del jaipana, el pildecero ve fracturada la dinámica de atención debido

a las condiciones inapropiadas de su lugar de atención, factores que impiden la consolidación de un espacio sagrado con la armonía requerida. Esta falta de idoneidad en la vivienda se agrava por una desconexión geográfica crítica: El acceso a la medicina propia para la preparación del pilde, recurso botánico esencial para el diagnóstico de enfermedades espirituales, es inexistente en la ciudad. La imposibilidad de cultivar medicinas propias, sumada a la ausencia de infraestructuras tradicionales como la huerta, la despensa y un cuarto exclusivo para realizar las atenciones (mesa), despoja al ejercicio médico de sus condiciones mínimas de integralidad, limitando la capacidad del sabedor para responder a las necesidades de salud de su comunidad en el contexto urbano.

Especialidad 3. Partería

La bijiripari o (partera), también conocida en la comunidad como comadrona, desempeña un rol técnico y sensible centrado en el conocimiento físico del cuerpo y el acompañamiento del ciclo reproductivo. Su formación se fundamenta en la técnica de «tocar barriga», un procedimiento de palpación manual que se realiza entre el cuarto y sexto mes de gestación para determinar la posición y formación del feto. Según la Asociación de Cabildos Indígenas Eperārã Siapidaara de Nariño [ACIESNA] y el Grupo de Educación Indígena y Multicultural [GEIM] (2004), esta maniobra es crucial para corregir complicaciones como el «niño atravesado», permitiendo enderezar su posición mediante masajes a mano limpia. Por razones de eficacia clínica y cosmológica, esta actividad se adelanta estrictamente a las 5 de la mañana, momento en el que el vientre se encuentra vacío y permite un tanteo preciso de la anatomía del niño. Complementando estas prácticas, se realiza la técnica del ombligado. Esta consiste en aplicar cenizas de elementos sagrados (como árboles maderables finos) o de animales simbólicos (araña tejedora, oso hormiguero o arriero, etc.), una vez se desprende el cordón umbilical, con el fin de que el infante adquiriera sus dones y propiedades. Finalmente, la partera cumple un rol educativo fundamental, brindando consejos a las madres primerizas sobre el cuidado del bebé y las señales de alerta que deben considerar (Dura, comunicación personal, 2026).

Durante el proceso del parto en contextos interculturales, la partera emplea una combinación de insumos de origen animal y vegetal para facilitar el alumbramiento. Se utiliza manteca de zorra o de gallina negra para sobar el vientre, mientras que en casos donde la placenta demora en ser expulsada, se recurre a materiales como el calabazo y el uso de hojas de cebolla ahumadas u hoja de virgen (ACIESNA & GEIM, 2004). No obstante, varias de estas prácticas e insumos ya no se encuentran disponibles ni son de uso frecuente en contextos urbanos como Bogotá, debido a las transformaciones territoriales, las restricciones ambientales y el distanciamiento de los ecosistemas de origen de los pueblos. En este sentido, dichos conocimientos y prácticas permanecen más estrechamente vinculados a los territorios

ancestrales, donde aún existen las condiciones culturales, comunitarias y naturales para su desarrollo. En cuanto a la técnica de expulsión, la mujer Eperara mantiene una posición semi sentada, recostada o colgada de una huasca (cuerda), evitando siempre la posición horizontal. Asimismo, la práctica ha integrado elementos de la medicina occidental para la higiene y el corte del cordón umbilical, reemplazando el uso ancestral del machete y clavos por tijeras y ácido bórico (ACIESNA & GEIM, 2004).

La idoneidad del entorno clínico y las condiciones habitacionales de la partera Eperara constituyen factores determinantes para garantizar la seguridad del paciente y la efectividad de la medicina ancestral. Un espacio destinado a la atención obstétrica tradicional exige especificaciones técnicas que permitan la instalación de anclajes estructurales como la huasca, además de asegurar la privacidad e higiene necesarias para las maniobras manuales de la comadrona. No obstante, en el contexto urbano de Bogotá, la vivienda de la sabedora se ve reducida a un centro de cuidado adaptado cuyas estrategias de mitigación resultan técnicamente insuficientes.

Esta precariedad espacial compromete la autonomía del ejercicio médico, ya que la ausencia de mobiliario clínico (camillas), áreas de almacenamiento segregadas para fármacos tradicionales y el uso de infraestructura doméstica compartida (cocinas y utensilios no especializados) para la síntesis de pomadas y ungüentos, fracturan los protocolos de bioseguridad y mística. Como señala Dura (comunicación personal, 2026), esta precariedad espacial compromete seriamente la autonomía del ejercicio médico tradicional. La ausencia de mobiliario básico, como camillas, y de áreas de almacenamiento libres de humedad para la medicina ancestral, obliga al uso de espacios domésticos compartidos. El empleo de cocinas y utensilios no especializados para la síntesis de pomadas y ungüentos no solo fractura los protocolos de bioseguridad, sino que también afecta la integridad mística y la eficacia de los tratamientos. Debido a la carencia de un espacio exclusivo para estas atenciones, actualmente no se prestan servicios de parto dentro de la comunidad. Al limitar el acceso de las mujeres a procesos de atención culturalmente adecuados durante el embarazo, parto y posparto. La imposibilidad de realizar partos dentro de la comunidad debilita la transmisión intergeneracional del conocimiento, fractura prácticas espirituales asociadas al nacimiento y reduce la autonomía del pueblo sobre sus formas propias de cuidado. La falta de garantías en cuanto a insumos y herramientas especializadas impide que la partera cuente con las condiciones mínimas necesarias para ejercer su labor de manera segura y adecuada. En consecuencia, la actual configuración de la vivienda urbana no solo limita la capacidad operativa de la partera, sino que evidencia una pérdida progresiva de estándares esenciales en la preparación de medicinas y el tratamiento integral de la mujer. Al igual que en otras especialidades del pueblo Eperara, se considera ideal que la casa cuente con elementos de blindaje espiritual, asegurando que el proceso de traer una nueva vida al mundo ocurra en un ambiente libre de energías negativas y bajo la supervisión

técnica de quien domina la anatomía femenina y el pulso de la madre (ACIESNA & GEIM, 2004).

Especialidad 4. Yerbatero

El Neera Kawaa (yerbatero), es el especialista del pueblo Eperara poseedor del conocimiento para curar afecciones físicas y espirituales mediante el diálogo directo con la naturaleza. Su saber no es meramente técnico, sino relacional, pues se fundamenta en la capacidad de hablar con el «Chimía» o espíritu de las plantas (jaure) para solicitar su poder sanador. Según la Asociación de Cabildos Indígenas Eperãrã Siapidaara de Nariño [ACIESNA] y el Grupo de Educación Indígena y Multicultural [GEIM] (2004), este sabedor se encarga primordialmente de tratar picaduras de culebras y mordeduras venenosas, sin embargo, en el contexto de la ciudad de Bogotá, su actividad se extiende hacia la curación de desequilibrios sociales y metafísicos, tales como el «maltrato», el «mal de ojo» y el «espanto». La eficacia de su ejercicio depende estrictamente de su conducta ética y ritual; esto incluye el cumplimiento de la abstinencia sexual durante los procesos de recolección y curación, condición indispensable para no fracturar la conexión espiritual con las plantas, además de abordar desequilibrios sociales y metafísicos como el «maltrato», el «ojo» y el «espanto». La eficacia de su ejercicio depende estrictamente de su conducta ética y ritual, lo que incluye la abstinencia sexual durante el proceso de recolección y curación para no perder la conexión con las plantas.

En el ejercicio médico desarrollado en contextos urbanos, el yerbatero emplea una compleja farmacopea que puede integrar hasta 16 plantas diferentes para elaborar preparados preventivos y curativos conocidos como «la liga» o «la curada». Entre las especies vegetales más relevantes se destacan la zaragoza, el guaco, la cabeza de culebra, el canalón y el san Pablo para tomas orales; mientras que para baños y desinflamación de torceduras se utilizan plantas como la chupa- chupa, caña agria, simindí y hoja de cáncer (ACIESNA & GEIM, 2004). Asimismo, el sabedor utiliza técnicas de soplado en puntos energéticos como la coronilla, las palmas y el pulso, y realiza «sobijos» con plantas como la volvedera o resucitadora en casos de gravedad extrema o desmayos del paciente.

Especialidad 5. Sobandero

El Biri Jiri Pari Korada (sobandero), es el especialista del pueblo Eperara encargado de la restauración física del sistema osteomuscular, atendiendo desarmonías como golpes, fracturas y venas retorcidas. Su saber es de carácter práctico y pedagógico, pues permite la formación de nuevos aprendices, sean hombres o mujeres, a través de una técnica de simulación anatómica que emplea la «tusa» de maíz previamente partida para practicar el reacomodo de piezas óseas. Según la Asociación de Cabildos Indígenas Eperãrã Siapidaara de Nariño [ACIESNA] y el Grupo de

Educación Indígena y Multicultural [GEIM] (2004), este sabedor combina la destreza manual con el conocimiento de la fauna y flora para "pegar" o acomodar los elementos afectados, garantizando la recuperación de la movilidad del paciente.

En el ejercicio médico desarrollado en contextos urbanos, el sobandero emplea una farmacopea basada en plantas y grasas animales de alta potencia inflamatoria y regenerativa. Entre los principales insumos se destacan la suelda con suelda, la malva y la cucuba, las cuales se complementan con el uso de manteca de león y de petacona (víbora) para facilitar el masaje y la penetración de las propiedades curativas en la zona lesionada (ACIESNA & GEIM, 2004). Asimismo, para la inmovilización de fracturas, se utilizan materiales naturales de gran resistencia como las canastillas de guadua o la chanta (palma), que sirven para entablillar y asegurar la correcta soldadura del hueso bajo una estructura de soporte tradicional.

4.12.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

La adaptación intercultural del pueblo Eperara en entornos urbanos revela una tensión entre el territorio de origen y la ciudad, donde el alcance geográfico de la medicina ancestral trasciende la ubicación física para constituirse en una red de espacios espirituales y simbólicos. El territorio ancestral es reconocido como la fuente primaria de vitalidad farmacológica, pues allí las plantas poseen chimia (espíritu), una fuerza curativa que les permite "escuchar y ver", facilitando sanaciones más profundas que las logradas con especies urbanas, percibidas con "menos fuerza" debido a la ruptura de sus raíces simbólicas (Valencia, 2026; Tovar, 2026). Esta influencia no es meramente material, sino que exige una rigurosa armonización vinculada a las fases lunares y la castidad del sabedor, elementos que legitiman el ejercicio médico y aseguran que deidades como Tachi Ak'ore otorguen la fortaleza necesaria para la cura (Dura, 2026).

En cuanto a la materialización del saber, los espacios de práctica en la ciudad enfrentan desafíos que obligan a los sabedores a implementar reemplazos simbólicos para mantener la eficacia terapéutica. En este contexto, resulta esencial la tríada operativa conformada por el pildecero, el jaipana y la planta de pilde (Dap'a), elementos que funcionan de manera interdependiente: el pildecero actúa como el "ojo" del sistema, cuya función es visualizar de forma transparente las entidades espirituales, como el espíritu de serpiente, que afectan al paciente; la planta de pilde es el vehículo sagrado que otorga dicho don de visión y cuya escasez en la urbe limita la acción médica; y el jaipana es el médico tradicional que, invocando a sus propios espíritus, procede a la extracción del mal detectado (Tovar, 2026). No obstante, la imposibilidad de cultivar especies sagradas en el asfalto y la carencia de insumos como el perfume ritual (rumando k'era) han forzado la incorporación de elementos locales como el narciso para atraer a los jai (espíritus). Estas adaptaciones buscan recrear la memoria territorial y garantizar que los procesos de armonización conserven su legitimidad y fuerza curativa a pesar del desplazamiento y las barreras climáticas del entorno urbano (Moya, 2026; Tovar, 2026).

La visión del pueblo Eperara redefine la salud como un ejercicio de resistencia cultural que se manifiesta en prácticas estéticas y productivas, como el tallado de madera y la tejeduría en paja tetera. Estas actividades operan como vehículos de equilibrio mental; para las artesanas, el acto de tejer representa una expansión del pensamiento donde se plasma la memoria de los mayores, por lo que la carencia de materias primas vegetales genera estados de desespero y enfermedad (Valencia, 2026; Tovar, 2026). Asimismo, el tallado de figuras animales y bastones de mando por parte del jaipana constituye una forma de medicina material que resguarda fuerzas espirituales. Sin estos "sitios especiales" de resguardo, el equilibrio comunitario se ve comprometido, lo que otorga a los objetos artesanales un estatus de herramientas clínicas y políticas dentro del sistema de cuidado propio (Moña, 2026).

Por consiguiente, a nivel infraestructural, la carencia de espacios físicos propios en la ciudad, como la Te Waibia (Casa Grande) o el Ingrete (capilla), limita significativamente el impacto de los sabedores y fragmenta la transmisión generacional del conocimiento. Estos lugares, definidos como el "espacio de Dios" o Ak'ore tee, son escenarios sagrados donde se resuelven crisis de salud, violencia y desplazamiento a través de la danza y la oración (Ismare, 2026). La legitimidad de estos sitios no es arbitraria, sino que debe ser validada por autoridades como la Tachi Nawe, cuya ausencia en la ciudad es debida a limitaciones económicas. Las normas de pureza del ritual dificultan la realización de limpiezas profundas y ritos de paso (Quiro, 2026; Dura, 2026). Esta brecha espacial impide que los aprendices se formen en escenarios de paz, poniendo en riesgo la supervivencia de especialistas vitales como el pildecero y el jaipana (J. Moya, 2026).

A pesar de la profundidad de estos conocimientos, el traslado al contexto urbano impone barreras significativas que dificultan la práctica plena de la medicina propia. Los sabedores enfrentan una escasez crítica de plantas territoriales, lo que eleva los costos de los rituales y limita la capacidad de respuesta ante enfermedades graves como el "trago malo" o posesiones espirituales (Dura, G., 2026; Valencia, 2026). Asimismo, la ausencia de espacios sagrados como la Te waibia (casa sagrada) y la falta de acceso a ríos para los baños rituales impiden que las nuevas generaciones vivan la esencia de su cultura de manera constante (Ismare, 2026). La carencia de recursos presupuestales en el Cabildo Eperãrã, derivada de la falta de aval y reconocimiento legal por parte del Distrito, limita su participación en proyectos oficiales y restringe sus fondos. Esta precariedad económica, sumada a la inestabilidad laboral de los comuneros, impide garantizar los gastos de transporte, alimentación y estadía de la Tachi Nawe y su acompañante. Su presencia es fundamental, pues su energía es indispensable para realizar los rezos de liberación y limpiezas territoriales que el entorno urbano dificulta replicar. Para ello, es necesario asegurar un alojamiento con condiciones estructurales específicas preferiblemente construido en madera, ya que este material actúa como conductor de buenas energías y es esencial para que la Tachi Nawe pueda impartir sus consejos y realizar los rituales de conexión con el Tachi Ñk'ore (Valencia, 2026).

En este marco, la salud integral del pueblo en contextos interculturales depende de una articulación que respete los tiempos, insumos, jerarquías espirituales del saber ancestral y los espacios adecuados para las prácticas en salud. La eficacia del sistema se sostiene en requisitos éticos estrictos, como el uso de agua bendita, herramienta principal de la Tachi Nawe para transformar pensamientos negativos y el cumplimiento de dietas que aseguran que el conocimiento sea entregado con "fuerza" (Valencia, 2026; Dura, 2026). La lucha por el reconocimiento institucional de estos espacios de resistencia busca que la ciudad no sea un lugar de pérdida, sino un escenario donde el jaipana, como guía espiritual, pueda seguir orientando el equilibrio biopsicosocial de su comunidad. Así, la adaptación intercultural Eperara se consolida como una demanda por el derecho a un territorio simbólico que sustenta su identidad y su vida frente a las presiones del modelo occidental (Ismare, 2026; Moña, 2026).

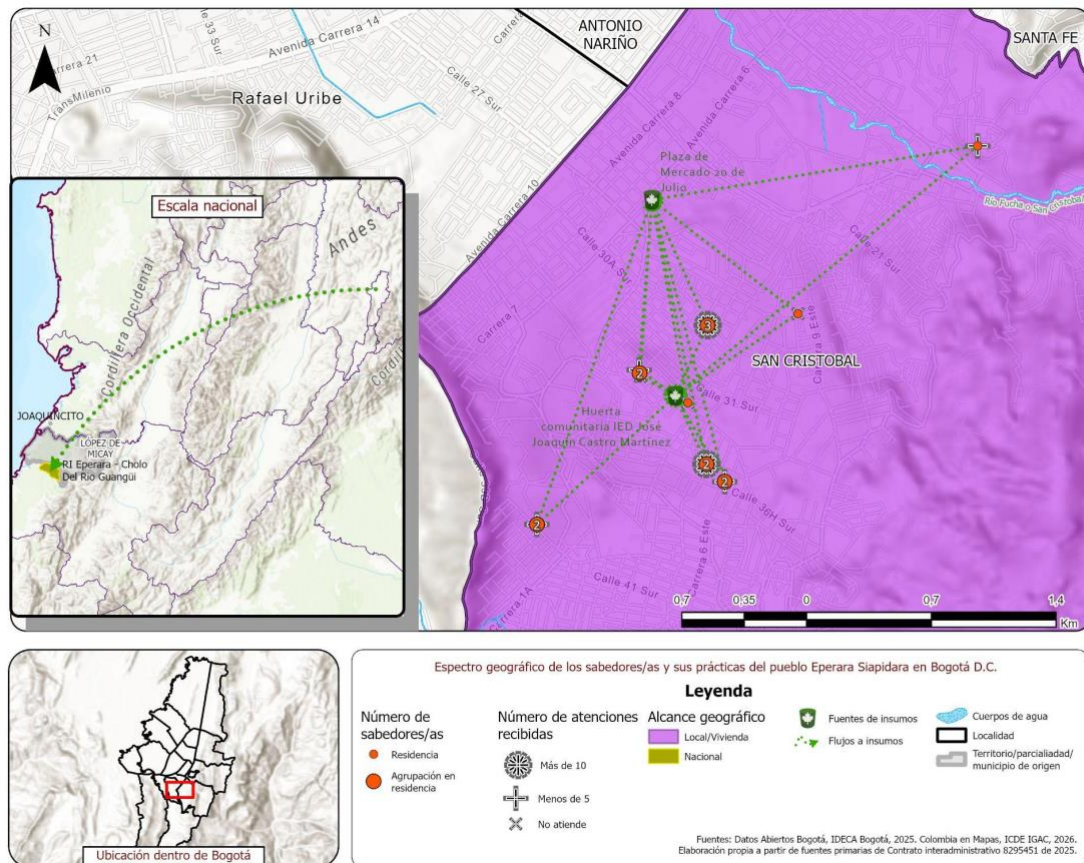
4.12.3. Espectro geográfico

El espectro geográfico de los sabedores/as del pueblo Eperara Siapidaara y sus influencias territoriales se estructura, en términos analíticos y cartográficos, desde una escala local centrada principalmente en la vivienda de los sabedores/as. En esta escala se desarrolla gran parte de las prácticas de atención, debido a que la medicina ancestral se recrea en espacios domésticos donde convergen la espiritualidad, el conocimiento propio y las relaciones comunitarias. De esta forma, se evidencia una prevalencia de la atención realizada en las casas, situación que responde tanto a la importancia espiritual del lugar de residencia como a las limitaciones existentes para acceder a espacios externos adecuados para el ejercicio de la medicina ancestral ya que por norma cultural se establece que el paciente deba desplazarse hacia el sabedor, debido a que este podría vulnerar su propia salud al ingresar a sitios con influencias espirituales ajenas o más potentes (Dura, 2026). Por tanto, en esta comunidad no se presentan remisiones domiciliarias pese a la ausencia de lugares de atención fuera de las mismas viviendas, lo que ha llevado a que muchos procesos de sanación se sostengan en los nodos de gobierno y cultura y en algunos casos se remitan hasta territorios de origen.

Bajo esta escala concreta, se despliega la cartografía correspondiente (Figura 32) donde la localidad de San Cristóbal y la centralidad territorializada por el pueblo representa el alcance exclusivo de sus prácticas etnomédicas. Sumado a los factores sociales identificados sobre esta zona³², la apropiación y resignificación del espacio albergado se empalma a una red comunitaria anclada en un sector específico con un número alto de sabedores/as en proporción al tamaño corto de la población asentada. Esta relación presenta interesantes observaciones en la medida que una muestra específica del pueblo Eperara esté puntualizado al igual que sus saberes etnomédicos y prácticas espirituales lo que haya consolidado este patrón convergente de lo sagrado y también lo estructural en cuanto a su organización.

³² Capítulo de Factores Protectores y Factores Deteriorantes en Salud

Figura 32. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Eperara Siapidaara en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Eperara Siapidara, aplicadas en el marco de la investigación.

Sin embargo, como se introducía, se presenta la disyuntiva en que estas prácticas etnomédicas se vean mermadas por la ausencia de elementos naturales o seminaturales e insumos autóctonos ya que el contexto urbano y sus problemáticas no potencian las armonizaciones necesarias para los procesos. Esto se ve con más claridad en los siguientes testimonios:

Acá en contexto de ciudad nos afecta demasiado porque nosotros no tenemos los sitios sagrados para tratar enfermedades espirituales, por lo que se realizan donde están los Jaipana [...] A pesar que tenemos nuestros conocimientos como los jaipana, todos nuestros espíritus que realizan los trabajos a los enfermos están en los territorios; por ese motivo, cuando ellos se dan

cuenta que no están los implementos completos en una armonización se enojan y al momento de hacer ese trabajo a veces es muy peligroso... (M.Tovar, comunicación personal, 2026).

Además nosotros también consideramos como los ríos algunas fuentes porque en esos espacios también tratamos a los enfermos para sanar y curar espiritualmente; y acá nosotros no tenemos esos espacios o ese territorio. (M.Tovar, comunicación personal, 2026).

Lo anterior refleja la cosmovisión del pueblo en cuanto a la esencia espiritual de la naturaleza y el origen de los saberes y la sanación en sus elementos, los cuales deben provenir de una naturaleza limpia e impoluta al impregnar la propiedad vital espiritual de armonía y renovación. Justamente, un elemento fundamental recae en los insumos para la práctica espiritual y corporal de la comunidad. Dado que el equilibrio de la salud y el espíritu se refuerza en la prevención, la alimentación es un proceso crucial en la adaptabilidad en un contexto urbano. De aquí que la resistencia territorial desde el lugar fijo protector consolidado del colegio y la huerta comunitaria, tenga una participación fuerte en la estructura general del pueblo asentado.

Así, se adhiere aún más un territorio netamente local al reunir las fuentes de insumos de producción autónoma y recorridos zonales. No obstante, la diferencia ambiental presenta un inconveniente lógico al momento de acondicionar los insumos como las plantas medicinales ya que se requieren invernaderos o viveros para tratar las desarmonías y enfermedades tal cual fueron transmitidas desde los territorios de origen (S. Valencia, comunicación personal, 2026). Esto junto a los espacios sagrados naturales que no se reconocen en la ciudad definen la disyuntiva con la que los sabedores/as se enfrentan en sus prácticas.

Precisamente los territorios de origen se convierten en la fuente radical de los insumos autóctonos, ya que las condiciones en ambientes de costa y mangle otorgan propiedades casi endémicas a las plantas. Por este motivo, el jaipana debe recurrir a los lugares de origen; sin embargo, no son constantes dado por los sobrecostos a esta región generando así una discontinuidad entre la comunidad en general asentada en la ciudad y los territorios ancestrales.

4.13. Pueblo Kamëntsá

Dentro de la comunidad Kamëntsá los/as sabedores/as cumplen un rol fundamental de guías espirituales, acompañamiento comunitario y transmisión de saberes ancestrales, asumiendo la tarea de entender el punto de equilibrio entre la parte espiritual, la naturaleza y el universo. A través de sus prácticas aportan a la conservación de la salud y medicina ancestral, desde la prevención, orientación, consejo y curación, por medio de sus grandes conocimientos, en el manejo y uso de las diferentes plantas, secretos propios, especies animales, estratos minerales y otros con los que se preparan los remedios. Cada sabedor desarrolla habilidades específicas según su camino de aprendizaje, su experiencia y el don que posee.

En este sentido, los conocimientos ancestrales del *Tatšëmbua* representan un pilar fundamental dentro de la medicina ancestral, al integrar saberes espirituales, rituales, el cuidado de sēbatsanamamá, el Jajañ y el uso de plantas ancestrales para el cuidado integral del ser. A través de prácticas como la siembra, limpiezas, oraciones, compartir de la medicina y demás saberes propios, esta figura cumple un rol esencial en la restauración del equilibrio físico (dolores físicos) y espiritual (desarmonías internas del ser y o causadas por presencias desconocidas), guiado por la sabiduría transmitida por generaciones.

Las transmisiones de conocimiento comienzan desde la familia, el conocimiento no se adquiere en instituciones formales, sino a través de las enseñanzas de los mayores, la observación y la práctica, así como la participación directa en rituales y procesos de sanación. Esto indica que la medicina ancestral es un conocimiento vivo, es un don o una herencia, que se transmite de generación en generación como parte de la identidad cultural propia del ser Kamëntšá.

4.13.1. Especializaciones

Especialidad 1. Tatšëmbua.

El Tatšëmbua es reconocido como el sabedor de la medicina ancestral y representa una de las figuras de mayor responsabilidad dentro del sistema médico Camëntšá. Su conocimiento se relaciona con el manejo de prácticas espirituales, rituales de armonización, secretos propios, limpiezas y el uso de plantas medicinales para tratar diferentes desequilibrios físicos y espirituales. Esta especialidad se encuentra profundamente vinculada al cuidado integral del ser y a la restauración de la armonía entre la persona, la comunidad y las fuerzas espirituales.

Dentro de sus funciones, el Tatšëmbua realiza limpiezas espirituales, armonizaciones, baños medicinales, oraciones y rituales destinados a retirar energías negativas, enfermedades espirituales y desarmonías que afectan el cuerpo y el pensamiento. De acuerdo con los relatos comunitarios, muchas de las enfermedades atendidas por esta especialidad no son entendidas únicamente desde una perspectiva física, sino también espiritual, como ocurre con el mal viento, el mal de ojo, el hielito de muerto o algunos desequilibrios emocionales y energéticos.

La práctica del Tatšëmbua requiere amplios conocimientos sobre plantas medicinales, preparación de remedios, lectura espiritual y manejo ritual de los elementos naturales. Estos conocimientos no se adquieren en instituciones formales, sino mediante procesos de aprendizaje familiar, observación y acompañamiento a otros mayores y sabedores. Por ello, la experiencia, la disciplina espiritual y el reconocimiento comunitario son fundamentales para ejercer esta especialidad.

En contexto urbano, el ejercicio del Tatšëmbua enfrenta importantes desafíos relacionados con la ausencia de espacios adecuados para las prácticas espirituales, la dificultad para acceder a plantas medicinales propias del territorio y las interferencias energéticas presentes

en la ciudad. No obstante, los sabedores han desarrollado estrategias de adaptación, adecuando espacios domésticos como lugares de armonización y atención. Como expresó una sabedora:

Yo, tengo una piecita allá en la casa y la gente van, y allá les purifico el cuerpo, una limpieza, si cuando hay que dar una tomita les doy, o un purgante también, eso es mi trabajo (C. Jamioy, comunicación personal, 22 de febrero de 2026).

Este fragmento evidencia cómo la vivienda del sabedor se transforma en un territorio simbólico de sanación, donde continúan desarrollándose prácticas ancestrales pese a las limitaciones espaciales de la ciudad.

Especialidad 2. Wuwatma.

El Wuwatma constituye una especialidad fundamentada en la experiencia, la sabiduría oral y la orientación espiritual mediante la palabra. Su práctica se relaciona con el consejo comunitario, el acompañamiento emocional y espiritual, así como con el uso de remedios y conocimientos tradicionales para atender desequilibrios físicos y espirituales. A diferencia de otras especialidades centradas principalmente en rituales de armonización o ceremonias espirituales, el Wuwatma ejerce un papel importante en la orientación comunitaria a través de la palabra y el consejo propio. La lengua materna ocupa un lugar central dentro de esta práctica, debido a que el conocimiento ancestral se transmite mediante narraciones, recomendaciones y enseñanzas que fortalecen el pensamiento propio Kamëntšá.

Esta especialidad también emplea plantas medicinales, baños, limpiezas y algunos secretos propios para retirar energías negativas y orientar procesos de equilibrio emocional y espiritual. De esta manera, el Wuwatma cumple una función preventiva dentro de la comunidad, ayudando a mantener la armonía entre las personas, la familia y el entorno. El ejercicio de esta especialidad evidencia que la medicina ancestral Kamëntšá no se limita a la administración de remedios naturales, sino que integra dimensiones espirituales, emocionales y comunitarias donde la palabra, el consejo y la escucha se convierten en herramientas fundamentales de sanación.

Especialidad 3. Ebiona.

El Ebiona es el sabedor encargado de trabajar con el yagé y representa uno de los caminos de mayor profundidad espiritual dentro de la medicina ancestral Kamëntšá. Esta especialidad orienta procesos de conocimiento, armonización y sanación mediante el uso ceremonial de esta planta sagrada, entendida como un instrumento espiritual que fortalece la conexión entre la persona, la naturaleza y los espíritus.

La práctica del Ebiona requiere un proceso riguroso de formación espiritual, disciplina y preparación ritual, debido a que el manejo del yagé implica una gran responsabilidad comunitaria y espiritual. En este sentido, la fe ocupa un lugar central dentro de los procesos de sanación, ya que la medicina ancestral no se comprende únicamente como una práctica material, sino como una relación espiritual basada en la confianza, la conexión con los mayores y el equilibrio interior.

Dentro de las funciones del Ebiona se encuentran la orientación espiritual, las ceremonias de yagé, la limpieza energética y el acompañamiento de procesos personales y comunitarios de sanación. Estas prácticas buscan restablecer la armonía entre el cuerpo, el pensamiento y el espíritu, fortaleciendo además la relación con el conocimiento ancestral. Sin embargo, en la ciudad estas prácticas enfrentan dificultades relacionadas con la falta de espacios adecuados y las dinámicas urbanas que limitan la concentración espiritual y la realización de ceremonias colectivas. A pesar de ello, algunos sabedores continúan realizando tomas y rituales en espacios domésticos adaptados, evidenciando procesos de resistencia cultural y permanencia del conocimiento ancestral.

Especialidad 4. Jujuana.

La *Jujuana* corresponde a la especialidad encargada del cuidado de las mujeres gestantes y de los procesos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto. Esta figura desempeña un papel fundamental dentro del sistema médico ancestral Kamëntšá, debido a que acompaña integralmente el nacimiento de nuevos integrantes de la comunidad desde una perspectiva física, espiritual y emocional.

El conocimiento de la *Jujuana* incluye prácticas de sobada, orientación alimentaria, preparación de remedios naturales, baños, armonizaciones y cuidados especiales para proteger tanto a la madre como al bebé. Asimismo, esta especialidad cumple funciones preventivas orientadas a evitar desequilibrios durante el embarazo y fortalecer el bienestar espiritual y emocional de la gestante.

La práctica de la *Jujuana* se fundamenta en conocimientos transmitidos de generación en generación y en la experiencia adquirida mediante el acompañamiento continuo a otras mujeres y sabedoras mayores. En este sentido, el cuidado de la vida desde la gestación constituye uno de los pilares más importantes de la medicina ancestral Kamëntšá.

En contexto urbano, las *Jujuana* enfrentan dificultades relacionadas con la medicalización occidental del parto y la pérdida de prácticas tradicionales de cuidado. Sin embargo, continúan preservando sus conocimientos mediante el acompañamiento familiar y comunitario, adaptando algunas prácticas a las condiciones de la ciudad sin perder el sentido espiritual y cultural del cuidado materno.

Especialidad 5. Šnaya.

El Šnaya representa la especialidad vinculada al conocimiento profundo de las plantas medicinales y a la preparación de remedios ancestrales para atender diferentes desarmonías físicas, espirituales y emocionales. Su práctica se fundamenta en la relación directa con la naturaleza, el conocimiento heredado de los mayores y la comprensión de las propiedades curativas de las plantas.

Dentro de sus funciones, el Šnaya identifica, prepara y administra remedios tradicionales destinados a fortalecer el cuerpo, retirar energías negativas y restablecer el equilibrio espiritual y emocional. Esta especialidad posee amplios conocimientos sobre recolección, conservación y preparación de plantas medicinales, así como sobre las formas adecuadas de utilizarlas según cada necesidad.

La práctica del Šnaya también evidencia la estrecha relación entre medicina ancestral y territorio, debido a que gran parte de las plantas utilizadas provienen del territorio ancestral o deben obtenerse mediante redes familiares y comunitarias. Como mencionó una comunera:

Cada uno tiene la familia allá en Tabanok o donde los compañeros ingas, sabedores ingas que tienen sus tiendas naturistas o ancestrales, se compran diferentes elementos para una curación” (comunicación personal, 2026).

Esta situación evidencia que el acceso a plantas medicinales constituye uno de los principales desafíos para el ejercicio de esta especialidad en Bogotá. Las transformaciones climáticas, la ausencia de chagras y las dificultades para cultivar algunas especies medicinales en la ciudad limitan la práctica tradicional y obligan a los sabedores a implementar estrategias de adaptación.

A pesar de estas dificultades, el Šnaya continúa desempeñando un papel fundamental dentro de la medicina ancestral Camëntšá, preservando el conocimiento sobre las plantas y fortaleciendo la relación espiritual y cultural con la naturaleza.

4.13.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

Para el pueblo indígena Kamëntšá asentado en Bogotá, las adaptaciones interculturales de la medicina propia han implicado procesos continuos de transformación y resistencia cultural orientados a preservar los conocimientos ancestrales en medio de las dinámicas urbanas. La migración hacia la ciudad ha generado cambios en las formas de practicar la medicina ancestral, debido a las limitaciones territoriales, la ausencia de espacios sagrados y la constante influencia del modelo occidental de salud.

No obstante, los sabedores y sabedoras han logrado mantener vigentes sus prácticas mediante diversas estrategias de adaptación que les permiten continuar desarrollando procesos de armonización, orientación espiritual y preparación de remedios tradicionales en contextos diferentes al territorio ancestral. En este sentido, la medicina propia continúa comprendiéndose como una práctica integral de cuidado físico, espiritual y comunitario que fortalece la identidad cultural y la pervivencia del pueblo Kamëntšá.

Las transformaciones interculturales también se evidencian en las formas de transmisión y fortalecimiento de los saberes ancestrales dentro de la ciudad. De acuerdo con lo expresado por L. Agreda, “uno con el conocimiento del territorio igualmente se fue adaptando y conservando la medicina en la ciudad y practicando con todo el conocimiento que se ha dejado en generación en generación por la medicina ancestral” (comunicación personal, 2026). Esta afirmación permite comprender que la medicina ancestral no desaparece en el contexto urbano, sino que se reconfigura a partir de nuevas dinámicas sociales, comunitarias y culturales. En consecuencia, espacios como mingas, asambleas, conversatorios y encuentros comunitarios adquieren una gran importancia, al convertirse en escenarios de transmisión intergeneracional donde se fortalecen la lengua materna, las prácticas medicinales y la cosmovisión propia entre niños, jóvenes y adultos que habitan en Bogotá. Sin embargo, las adaptaciones interculturales también reflejan múltiples tensiones y desafíos para la preservación de la medicina ancestral Kamëntšá.

La dificultad para acceder a plantas medicinales, la ausencia de territorios culturalmente adecuados para las prácticas espirituales y las dinámicas propias de la ciudad, como la contaminación auditiva, visual y energética, afectan el desarrollo de rituales y armonizaciones. Frente a estas limitaciones, los sabedores y sabedoras han implementado estrategias de resistencia cultural mediante la adecuación de espacios domésticos como lugares de atención y sanación. Estos espacios, concebidos como “consultorios improvisados”, permiten continuar realizando limpiezas, armonizaciones y preparación de remedios tradicionales, recreando simbólicamente el territorio ancestral dentro de la ciudad. De esta manera, la medicina propia se consolida como un mecanismo de permanencia cultural y espiritual que posibilita al pueblo Kamëntšá mantener viva su cosmovisión y fortalecer su identidad en contexto urbano.

4.13.3. Espectro geográfico

El pueblo Kamëntšá en Bogotá presenta una práctica de medicina ancestral distribuida principalmente en localidades como Puente Aranda, Engativá y Santa Fe, con recorridos hacia puntos del centro de la ciudad para la adquisición de algunos insumos. Como se observa en el mapa, no aparecen rutas amplias hacia lugares de atención, porque la mayoría de las prácticas no se realizan en consultorios formales, sino en viviendas de los sabedores, espacios improvisados o mediante visitas domiciliarias. En este caso, la casa del sabedor se convierte en el principal

lugar de sanación, donde se realizan limpias, purificaciones, armonizaciones, preparación de remedios y atención espiritual.

En la escala local, la práctica médica Kamëntšá se sostiene desde espacios pequeños y adaptados. Los sabedores no cuentan con lugares propios de práctica ancestral y han debido usar consultorios improvisados dentro de los hogares para continuar atendiendo en la ciudad. Esto muestra una dificultad central: la medicina se mantiene viva, pero no siempre en condiciones adecuadas. Varios sabedores han debido adaptar espacios domésticos como consultorios improvisados para realizar limpias, armonizaciones y preparación de remedios tradicionales, evidenciando las limitaciones espaciales que enfrenta la medicina ancestral en contexto urbano.

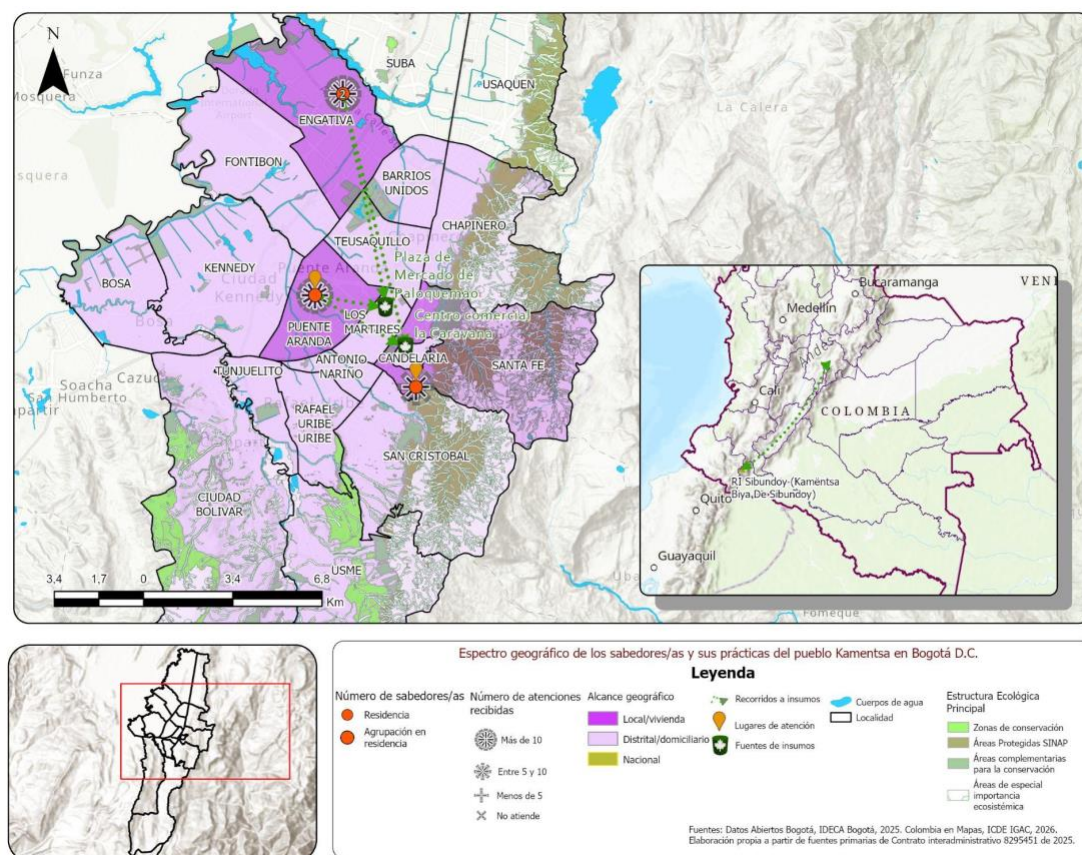
En la escala distrital, el mapa muestra recorridos hacia lugares de abastecimiento como la Plaza de Paloquemao y el Centro Comercial La Caravana, donde algunos sabedores compran plantas, elementos rituales e insumos para preparar remedios. Sin embargo, no todos los insumos se consiguen en Bogotá. Varias plantas deben traerse desde el territorio de origen, porque las plantas de ciudad no tienen la misma fuerza ni preparación espiritual. Esto genera dificultades por costos, distancia, disponibilidad y frescura de la materia prima.

Uno de los principales factores deteriorantes es la falta de un espacio propio para practicar la medicina ancestral. A esto se suma la dificultad para acceder a plantas medicinales del territorio, la contaminación de la ciudad, la inseguridad, la discriminación, los bajos ingresos y la falta de tiempo para dedicarse plenamente a la medicina. El entorno urbano, por su contaminación auditiva, visual y olfativa, afecta la fuerza espiritual de los rituales y armonizaciones. Por eso, aunque la práctica continúa, debe adaptarse a espacios reducidos, viviendas arrendadas o lugares que no siempre permiten la concentración espiritual necesaria.

En la escala nacional, el vínculo con el territorio de origen sigue siendo fundamental. El mapa muestra la relación con Sibundoy, Putumayo, territorio donde se encuentra la base espiritual, familiar y medicinal del pueblo Kamëntšá. Allí están los mayores, las plantas, el yagé, los conocimientos transmitidos por generaciones y los espacios donde la medicina tiene mayor fuerza. Por eso, aunque los sabedores vivan en Bogotá, su práctica no se entiende separada del Valle de Sibundoy.

A pesar de estas dificultades, la medicina Kamëntšá pervive mediante la familia, la transmisión oral, la práctica cotidiana, las visitas domiciliarias, los consultorios improvisados, las huertas caseras, la compra de insumos en plazas y el vínculo permanente con el territorio de origen. Así, la medicina ancestral Kamëntšá en Bogotá no depende de un consultorio formal, sino de la capacidad de los sabedores para adaptar la casa, el cuerpo, la palabra y los remedios a las condiciones de la ciudad, sin perder el sentido espiritual de su medicina propia.

Figura 33. *Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Kamentsá en Bogotá*



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Kamëntsá, aplicadas en el marco de la investigación.

4.14. Pueblo Kichwa

La figura del "sabor" en el contexto Kichwa rompe con la exclusividad técnica para situarse en el plano de la identidad colectiva, donde cada integrante de la comunidad desempeña un papel en la preservación de la salud o del equilibrio energético y físico. Si bien existen roles especializados como se verá más adelante, la noción de que "todos somos sabedores en la comunidad Kichwa" implica que el conocimiento sobre la música, la gastronomía propia, el uso de las plantas medicinales, y en general la cosmovisión del pueblo Kichwa, es un recurso distribuido que garantiza la resiliencia y pervivencia del pueblo. En este marco, la familia aparece como el núcleo primario de atención, donde la observación cotidiana y la enseñanza de los mayores permiten que el diagnóstico y la prevención se incorporen en la rutina diaria, identificando que el saber etno-médico, es necesario sistematizar mediante dinámicas que

permitan una mayor efectividad en la transmisión de estos conocimientos, sobretodo en el contexto de la ciudad de Bogotá.

Dentro de esta dimensión comunitaria, se identifican especialidades que organizan la responsabilidad del cuidado según niveles de experticia y conexión espiritual. El Yachak se erige como el conocedor principal de la medicina ancestral; el Amauta representa la sabiduría de la cosmovisión y el aprendizaje continuo, funcionando como guía filosófico; y la Unguchi mama o partera se enfocan en los procesos específicos de tratamiento, curación física y cuidado de las mujeres gestantes, niñas y niños recién nacidos o de primera infancia. Estas categorías no operan de forma aislada, sino que son reconocidas y validadas por la propia comunidad, lo que demuestra una estructura interna organizada que permite abordar las afecciones desde distintas escalas de complejidad, siempre bajo el amparo del reconocimiento social y la experiencia de la persona en su saber específico.

El conocimiento clínico del saber Kichwa se manifiesta a través de un conjunto de rituales y técnicas que buscan restablecer el equilibrio energético, destacándose las "limpias espirituales". El uso de elementos como el tabaco, el puro y plantas amargas o dulces en diferentes tipos de uso (infusiones, ramo de uso tópico, pomadas, entre otros) evidencia una comprensión de la salud que trasciende lo biológico para integrar lo energético y lo espacial que se manifiesta a través de la relación con el territorio. Estas prácticas exigen una preparación rigurosa del sabedor, quien debe armonizar previamente su propia energía y el lugar de la intervención. Así, el acto de sanar es entendido como un proceso de limpieza y protección que requiere precisión técnica y una profunda conexión con los elementos rituales para remover las cargas negativas del paciente.

4.14.1. Especialidades

Especialidad 1. Yachak

El término yachak viene del kichwa yachana, que significa “saber, el que sabe, el que conoce”, siendo utilizado el concepto para designar a aquellas personas dotadas de cualidades y conocimiento mágico-religioso reconocido dentro de la comunidad. Tiene características para curar no solo los males del cuerpo, sino también los males del espíritu. Su saber se basa en un conocimiento profundo, aunque empírico, de su medio natural y también de sus recursos. En resumen, los yachaks son “el correlato contemporáneo de los médicos precolombinos mágico-religiosos, altamente dotados para practicar curas con yerbas” que eran respetados no sólo porque tenían relación con el mundo de los espíritus, sino porque conocían el uso de las plantas para curar los males (A. Andrade, 2024).

Algunas de las principales desarmonías atendidas por el yachak se enmarcan en las siguientes categorías:

- *Desequilibrio Físico-Espiritual*: La enfermedad se entiende como una ruptura entre el cuerpo y el espíritu, ejemplo de desequilibrio, el “mal viento”.
- *Conflictos de Dualidad*: El manejo de las tensiones entre el bien y el mal, que pueden manifestarse como dolencias físicas, ejemplo de esto, lo que actualmente se denomina como estrés y todas sus manifestaciones pueden ser atendidas por el yachak.
- *Ataques Simbólicos (Brujería)*: Desequilibrios causados por tensiones sociales o intenciones negativas de terceros que afectan el orden social y personal.
- *Desconexión con la Naturaleza*: La pérdida de armonía con la Madre Naturaleza (Pachamama) se traduce directamente en enfermedad, por lo que esto puede realizarse mediante la atención directa con medicina ancestral o la palabra y consejo.

Los sabedores en Bogotá deben gestionar redes de apoyo para obtener elementos esenciales que no se encuentran en el contexto urbano, entre los cuales se identifican la lana de ovejo negro, un insumo que debe ser encargado y traído directamente desde el territorio ancestral en el Imbabura Ecuador; y el puro, elemento indispensable para las limpias, cuyo origen debe ser el territorio original para conservar su efectividad, aunque, algunos taytas lo reemplazan por aguardiente o tragos fuertes con alto contenido de grados de alcohol como tequila o Whisky. Sin embargo, por el valor simbólico y energético que tiene el puro o “yurak”, siempre será preferible contar con este insumo para los rituales o limpias que se realizan.

Respecto a las plantas ancestrales, aunque muchas se traen de afuera, los sabedores realizan un ejercicio de adaptación. Revisan plantas locales en Bogotá que tengan efectos o energías similares a las de su territorio para beneficiar al paciente, entre esas las denominadas dulces o amargas. Se realizan, por ejemplo, procesos específicos a la ortiga, que en principio se prefiere del territorio, pero que se adapta y tiene un proceso no mencionado que realiza el yachak para que pueda ser usada la que se consigue en las plazas de mercado de la ciudad.

Es importante anotar que para el pueblo Kichwa no se manejan objetos de poder en un sentido estricto como en otras comunidades o pueblos. Los yachak enfatizan que el insumo real es la sabiduría del médico, así como su energía y disposición, la cual va de la mano con lo anteriormente mencionado, así como con la música propia interpretada a través de instrumentos como payas, rondadores, flautas y/o armónicas o rondines con las afinaciones y adaptaciones propias del pueblo Kichwa.

Finalmente, en la ciudad, el lugar de atención debe cumplir con condiciones de idoneidad espiritual más que arquitectónica, no siendo excluyentes, pues la concepción de contar con un buen espacio a nivel energético está antecedida por un lugar con las condiciones a nivel espacial, por lo tanto, se identifican las siguientes condiciones para un espacio idóneo a nivel de la atención:

Privacidad y Respeto: El espacio dentro de la casa o lugar donde se disponga para la atención, debe permitir el desarrollo del ritual, limpia o curación sin interferencias externas,

manteniendo el carácter sagrado de la consulta, pues se enmarca en un flujo energético entre el paciente y el yachak. Espacio: La casa del yachak se convierte en un centro donde la "naturaleza" (las plantas e insumos traídos) se transforma en "cultura" (el remedio), esta tipología se presenta principalmente en el territorio, pues en Bogotá no se registran estas condiciones.

Por último, mantener la idoneidad del lugar y los insumos en Bogotá genera costos elevados debido a la necesidad de traer materiales desde territorios como Otavalo, Cotacachi, Quinchuqui, Illuman, entre otros, dentro de la provincia de Imbabura, lo que eventualmente requeriría que la comunidad y el sabedor gestionen recursos de manera colectiva o privada. Así, la práctica médica Kichwa en Bogotá se consolida como un acto de resistencia que preserva la salud colectiva y la integridad de sus tradiciones frente a la fragmentación urbana.

Especialidad 2. Amauta³³

Representa una autoridad intelectual y ética en la cosmovisión andina, desempeñando un rol que trasciende y complementa la sanación física y espiritual para enfocarse en la educación y la filosofía. A diferencia del Yachak, que se especializa en el ritual y el uso de plantas, el Amauta es el guardián de la memoria colectiva y el encargado de transmitir los principios fundamentales de la cultura a las nuevas generaciones. Es un maestro de vida que posee la "inteligencia de los misterios", asegurando que el conocimiento no se convierta en una simple técnica, sino en una guía para el equilibrio entre el ser humano, la comunidad y la Pachamama. El amauta se considera a sí mismo como un aprendiz constante de la medicina y los propios principios de la cosmovisión andina, para lograr catalogarse a sí mismo como Yachak en el sentido estricto del saber de la medicina propia. Respecto a los insumos, su utilización y adaptación en el contexto de ciudad es similar a los procesos e información de lo proporcionado en el anterior acápite de los yachak.

En el contexto actual de vida en la ciudad de parte de la población Kichwa, el Amauta actúa como el custodio de la identidad frente a la presión de la modernidad y la mercantilización. Su preocupación principal es que el saber ancestral mantenga su integridad y respeto original, evitando que se pierda el norte espiritual al ser tratado como un bien económico. Como se refleja en los testimonios, si el Amauta falla en su labor de preservar estos valores, la comunidad entera corre el riesgo de perder su raíz; por ello, su presencia es vital para instaurar una continuidad entre la ciencia empírica, la historia y la espiritualidad en cualquier territorio donde se encuentre el pueblo Kichwa.

Especialidad 3. Partería

³³ Del kichwa amawta, "sabio".

La partería tradicional del pueblo Kichwa Otavalo constituye un sistema de salud integral fundamentado en la cosmovisión andina, donde el proceso de gestación y nacimiento trasciende lo biológico para convertirse en un evento espiritual y comunitario. Estos conocimientos no solo se basan en el uso empírico de la biodiversidad local, sino que se erige como un ejercicio de mediación intercultural que busca el equilibrio entre la madre, el recién nacido, la naturaleza y las deidades. Al integrar saberes ancestrales con la medicina contemporánea, las parteras actúan como guardianas de la identidad cultural, garantizando que el inicio de la vida ocurra en un entorno de respeto, armonía y conexión con la energía del cosmos, siendo uno de los campos que mejor se ha articulado con la medicina occidental, pese a las dificultades latentes en el sistema actual de salud y sus procesos de articulación.

En esta especialidad, las principales desarmonías atendidas incluyen desequilibrios energéticos como el "mal aire" o energías negativas, afecciones físicas como la anemia, retención de líquidos y complicaciones en la posición del feto. Para ejercer, la partera debe disponer de un conocimiento profundo sobre la botánica medicinal, pero fundamentalmente de un "don innato" para sanar el alma, concebida como el origen de la salud. Este saber se adquiere mediante la observación generacional —como el aprendizaje de abuelas sobre el uso de raíces y preparaciones como el tsawar mishki (miel de agave) requiriendo la capacidad de realizar diagnósticos precisos a través del tacto para identificar desajustes en el cuerpo y el espíritu de la gestante.

Las prácticas de prevención y sanación se despliegan de forma genérica a través de una combinación de los conocimientos sobre plantas medicinales y técnicas manuales. Durante el embarazo, se emplean infusiones de ruda para protección energética, mientras que plantas como el toronjil y la manzanilla previenen el estrés y el insomnio. En el parto, la sanación se concreta mediante el uso del calor corporal (wachariy), frotaciones y el uso de la obsidiana para mitigar el dolor. La prevención se extiende al postparto con el uso de "hierbas fuertes" (romero, chilca, ruda) estratégicamente ubicadas para proteger al neonato de influencias externas, asegurando un proceso de autosanación donde la medicina reside en la armonía interna de la paciente (R. Clemente, 2025).

El ejercicio médico en la ciudad emplea insumos específicos como el aceite de ricino para masajes, fajas para el sostén abdominal, y materiales tradicionales como el carrizo fresco o cuchillos de bambú para el corte del cordón, además de la piola de pita con miel de abeja para el ombligo. La vivienda del sabedor o sabedora se caracteriza por ser un espacio de resguardo donde se mantienen condiciones de calidez y limpieza, utilizando la lejía como desinfectante natural. El lugar de atención es elegido por su idoneidad energética; en el contexto urbano, las parteras buscan sitios cercanos a humedales o espacios sagrados para realizar descargas de energía y contrarrestar el "egoísmo y la envidia" de la ciudad, adaptando la casa como un santuario que debe contar con los instrumentos necesarios para una atención digna.

Finalmente, la partería Kichwa en contextos urbanos y rurales demuestra una notable capacidad de adaptación mediante el enfoque sinérgico. El uso de vapores herbales de eucalipto y romero para el bienestar respiratorio convive con la evaluación médica moderna en casos de necesidad clínica. Esta integración no solo refuerza la salud física de la mujer, sino que preserva la estructura gastrointestinal y emocional a través de infusiones de hierbas frescas (anís, orégano, cedrón), demostrando que la sabiduría ancestral sigue siendo una herramienta vigente y necesaria para la atención humanizada del parto en la actualidad.

4.14.2. Adaptaciones interculturales en el contexto urbano.

La adaptación intercultural de la medicina ancestral Kichwa en contextos urbanos como Bogotá no es un proceso de asimilación, sino una estrategia de resistencia y resignificación de la salud desde la mirada del pueblo Kichwa. Este fenómeno implica que los sabedores y la comunidad deben negociar constantemente entre sus principios cosmogónicos y las limitaciones estructurales de la ciudad. La interculturalidad se manifiesta aquí como la capacidad de mantener la esencia del Sumak Kawsay (Buen Vivir) y la conexión con lo sagrado, a pesar de la fragmentación territorial y el predominio del sistema de salud occidental. Así, la medicina propia se transforma en una práctica móvil que, aunque arraigada en el territorio de origen, logra florecer en el cemento mediante la creatividad y la voluntad comunitaria.

Uno de los hallazgos más significativos en el análisis de las fuentes primarias es la transición del saber territorial hacia un ejercicio de experimentación y observación clínica urbana. Ante la imposibilidad de acceder a la biodiversidad propia de sus lugares de origen, los sabedores (Yachak o Amauta) han desarrollado un proceso de homologación botánica y simbólica. Como indica A. Machula (2026), se han identificado plantas locales con propiedades energéticas similares a las ancestrales, permitiendo que productos como el aguardiente sustituyan al Puro y el cigarrillo al Tabaco tradicional. Esta adaptación demuestra que la eficacia de la medicina Kichwa no reside únicamente en la materialidad del insumo, sino en la capacidad del sabedor para identificar la "fuerza" de la planta y aplicarla en el nuevo entorno.

Sin embargo, esta adaptación enfrenta barreras críticas relacionadas con el debilitamiento de la transmisión oral y la falta de espacios para el cultivo. El testimonio de A. Farinango (2026) es revelador al señalar que la llegada a la capital generó una desorientación inicial sobre la aplicabilidad de sus conocimientos. La carencia de una "chagra urbana" o terreno comunitario limita la continuidad de prácticas cotidianas que en el territorio ancestral eran automáticas. Los resultados de los instrumentos aplicados sugieren que la pérdida de contacto físico con la tierra madre no solo dificulta la obtención de medicina fresca, sino que encarece la práctica, pues obliga a depender de redes de encomiendas para traer elementos irremplazables como la lana de ovejo negro desde sus comunidades de origen.

Frente a la hegemonía de la medicina occidental, la comunidad Kichwa ha estructurado una articulación basada en la complementariedad y el autorreconocimiento. El proceso de salud-enfermedad en la ciudad se maneja de forma dual: mientras se recurre al sistema hospitalario para diagnósticos técnicos o urgencias biológicas, se preserva al sabedor para la sanación del espíritu y el equilibrio energético. Esta relación intercultural es posible gracias a la cosmovisión del pueblo como "viajeros" o Mindalaes. Bajo esta perspectiva, el conocimiento es una energía que el Runa lleva consigo (A. Tuntaquimba, 2026); por lo tanto, la articulación no requiere la validación de la medicina alopática, sino que se ejerce desde la autonomía de quien decide cómo y con quién sanar su cuerpo y su alma.

Por último, el análisis de la información secundaria y los encuentros intergeneracionales subraya que la sostenibilidad de estas adaptaciones depende del fortalecimiento del tejido social en la urbe. La transmisión del conocimiento en medicina propia ya no puede ocurrir de manera aislada, sino que requiere de espacios colectivos como talleres de Runa Shimi (lengua propia), música y gastronomía. Estos instrumentos de cohesión cultural actúan como el soporte necesario para que la medicina ancestral no se diluya en el contexto urbano. La resiliencia del pueblo Kichwa radica, entonces, en entender que la adaptación no es pérdida, sino la expansión del territorio espiritual hacia nuevos horizontes, garantizando que el pensamiento ancestral siga guiando la vida del Runa en cualquier latitud.

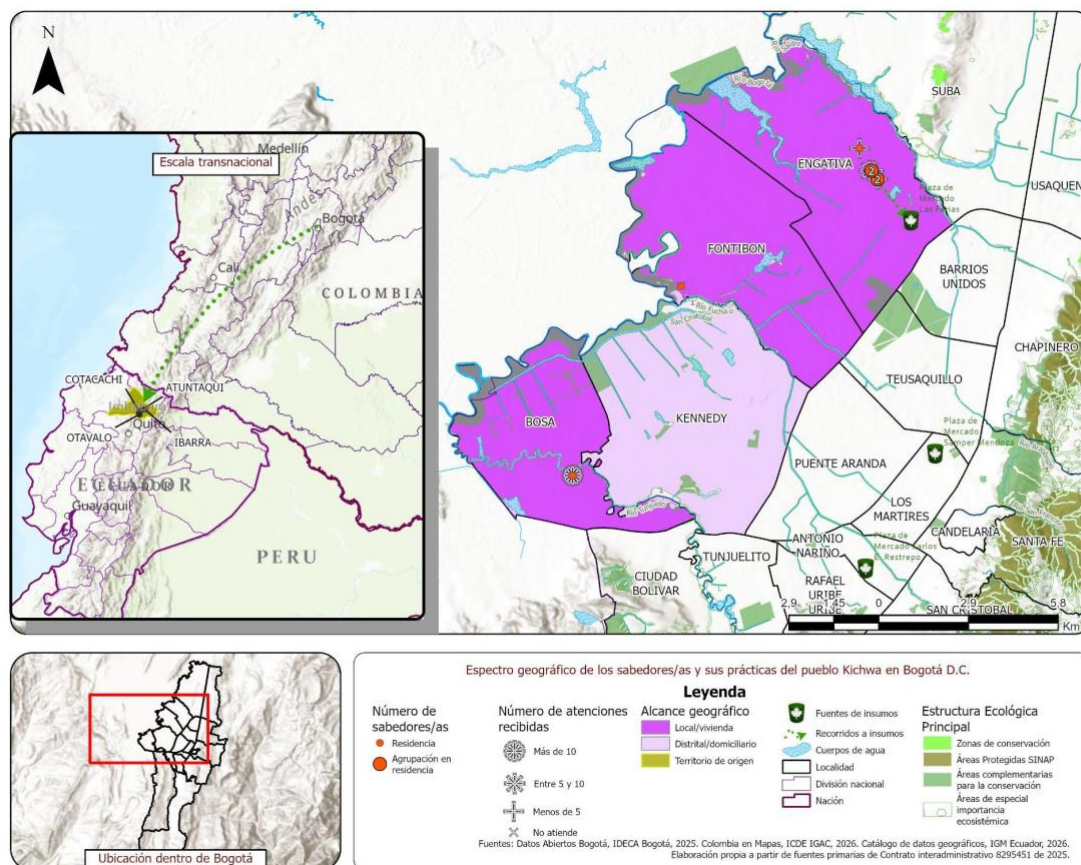
4.14.3. Espectro geográfico

El espectro geográfico de los sabedores/as del pueblo Kichwa junto a su influencia territorial y el alcance albergado transnacional entra en conjunto con la estructura de pensamiento propia que trasciende el entorno físico al anteponer la espiritualidad de la naturaleza como origen en los procesos de sanación y prevención. Sobre todo el énfasis en la prevención y el equilibrio desde la casa integra a esta cosmovisión proveniente de la región o *Sumak Kawsay* “*Buen Vivir*”, la visión holística de la energía tanto del espacio como de elementos vitales que componen las prácticas culturales y espirituales kichwas. Bajo este pensamiento, se compone un plano sistemático de la ciudad receptora de Bogotá la cual posibilita su entorno ambiental que se relaciona a la concepción energética y espiritual del pueblo.

Justamente, es a través de la Estructura Ecológica Principal donde las áreas de conservación y cuerpos de agua permeados al occidente de la ciudad se afirman en las dinámicas territoriales de los sabedores/as como lo ilustra la cartografía respectiva (figura 34). También se aprecia la potencia del alcance local en el conglomerado coincidente con la sede del cabildo en la localidad de Engativá, que sirve de espacio comunitario para las limpias y otras ceremonias espirituales. Si bien la filosofía del pueblo no observa los lugares como simples categorías de atención, sino que los trascienden a espacios multidimensionales que conjugan lo simbólico, la memoria colectiva y la resignificación del territorio, se erigen como construcciones de

acogimiento institucional y comunitario propicias para la legitimidad del saber ancestral (A. Malucha, 2026). En definitiva, la armonización de las prácticas etnomédicas se complementan entre lo históricamente consolidado en los asentamientos sobre la ciudad y los escenarios de renovación energética propiciados por la naturaleza dentro o fuera de lo urbano, lo que permite a los sabedores/as conectar lo sagrado y rememorar lo ancestral desde distantes geografías fuera del territorio nativo.

Figura 34. Mapa de espectro geográfico y lugares de práctica de los sabedores/as del pueblo Kichwa en Bogotá



Nota. Elaboración propia de acuerdo con la información recolectada en las Fichas de Caracterización de Sabedores/as del Pueblo Kichwa, aplicadas en el marco de la investigación.

A propósito del territorio de origen el cual trasciende las fronteras políticas nacionales, esta toma suma importancia en la relación constante de los flujos de saberes en el pueblo Kichwa pese a estar considerado como una comunidad viajera alrededor del mundo. En

ocasión del calendario ceremonial que congrega al pueblo en su provincia de origen en Ecuador³⁴, en donde: “funciona como un marcador temporal y espacial que orienta la recolección de insumos y la ejecución de rituales de fortalecimiento, estableciendo una ruta de salud que sigue los ciclos agrícolas y espirituales del pueblo” (A. Farinango, 2026), el vínculo con el territorio y las deidades de la montaña o *Apus* renueva la preservación cultural en la comunidad viajera.

Lo anterior no significa que el aprovisionamiento de los insumos o elementos autóctonos como el *Yurak* (alcohol tradicional) sean de fácil tránsito, sino que por el contrario se ven retenidos llegando a minimizar las prácticas establecidas en la capital colombiana. Por otro lado, los insumos que se han logrado adaptar y abastecer por medio de mercados locales como se señalan en el mapa permiten acarrear las prácticas o rituales de cierta forma, aunque el insumo central como se introdujo al principio es la armonía de las energías espirituales del ambiente y el equilibrio propio de los sabedores/as.

Desde un enfoque diferencial, la baja participación de la juventud en ambos roles evidencia la necesidad de fortalecer acciones orientadas al relevo intergeneracional de saberes. En este sentido, se recomienda promover la vinculación activa de adolescentes y jóvenes en los procesos comunitarios, de formación y acompañamiento, con especial énfasis en la participación femenina. Esto resulta fundamental para garantizar la continuidad de los procesos organizativos, culturales y de cuidado propios de la comunidad.

La Estructura Ecológica Principal de Bogotá juega un papel fundamental en la adaptabilidad de los pueblos indígenas establecidos en la ciudad, sobre todo en las nativas comunidades muiscas, en la medida de que se sobrepone con las necesidades ambientales para las prácticas espirituales y en pocos casos no se ha reconocido como ese ecosistema de protección que puede proveer sitios sagrados y simbólicos. En la mayoría de los casos, sí se tiene presente y se demanda mayor protección para salvaguardar el nicho ecológico y a su vez la preservación cultural de los pueblos que lo mantienen.

La caracterización de los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral evidenció no solo la vigencia y relevancia de los sistemas propios de cuidado en los pueblos indígenas de Bogotá, sino también los desafíos que enfrentan para su continuidad y fortalecimiento en el contexto urbano. Las limitaciones territoriales, económicas e institucionales, sumadas a las dificultades para la transmisión intergeneracional de los saberes, ponen de manifiesto la necesidad de avanzar hacia acciones integrales que reconozcan y protejan la medicina ancestral como parte fundamental de la salud colectiva y la pervivencia cultural de los pueblos indígenas.

En este contexto, el capítulo siguiente presenta las conclusiones y recomendaciones finales derivadas del proceso de investigación, integrando los principales hallazgos construidos

³⁴ En el contexto político administrativo del país vecino difieren las figuras de resguardos indígenas, por lo que no se incluyeron en el apartado correspondiente, aunque sí fue demarcada la provincia de Imbabura ya que el reconocimiento de la propiedad territorial por parte de la población indígena se puede extender hasta estas entidades de primer orden en la división política del país.

a lo largo del documento. Este apartado busca consolidar una lectura articulada de las condiciones de salud, las concepciones propias, los procesos de cuidado y las dinámicas territoriales analizadas, aportando orientaciones técnicas y estratégicas para el fortalecimiento de políticas públicas interculturales que respondan de manera pertinente a las realidades y necesidades de los pueblos indígenas en Bogotá.

Conclusiones y recomendaciones finales

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

El capítulo de conclusiones y recomendaciones sintetiza los hallazgos centrales de toda la caracterización y propone líneas de acción concretas tanto para el nivel distrital como para el ámbito comunitario, siempre desde un enfoque diferencial, intercultural, sectorial e intersectorial. Su construcción partió del análisis integral de los resultados obtenidos en cada apartado del estudio, integrando los comentarios y percepciones aportados por los catorce pueblos indígenas participantes, así como la documentación recolectada a lo largo del proceso (cartografía social, recorridos territoriales, círculos de la palabra, cuestionarios individuales, entrevistas comunitarias y otros instrumentos participativos). De esta manera, las conclusiones no derivan exclusivamente de fuentes externas o estadísticas, sino que emergen de un diálogo continuo entre el conocimiento técnico y los saberes propios de las comunidades.

A nivel distrital, las recomendaciones buscan orientar la formulación de políticas públicas que reconozcan los sistemas de salud indígena (en todas sus dimensiones), fortalezcan la articulación y capacidad intersectorial (salud, educación, hábitat, participación) y garanticen recursos y rutas de atención y participación culturalmente pertinentes. A nivel comunitario, se proponen estrategias que potencian los factores protectores propios de cada pueblo (como el rol de los sabedores, las prácticas de armonización y el gobierno propio), al tiempo que abordan de manera colectiva los factores de deterioro y desarmonía, incluyendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Todo ello bajo un enfoque diferencial que respeta las particularidades de cada pueblo, intercultural que promueve el diálogo entre sistemas de saberes, sectorial que involucra a diversas entidades e intersectorial que trasciende la salud para incidir en los determinantes sociales y territoriales del bienestar.

Conclusiones y recomendaciones por capítulo

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

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

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

En este sentido, el concepto de ‘territorio’ trasciende la noción de un lugar únicamente geográfico y material, concibiéndolo de manera integral como un espacio vivo, sagrado y espiritual que articula la memoria, la identidad, la naturaleza, los ancestros y la vida comunitaria. Así las cosas, los factores que determinan el proceso de salud-enfermedad (en clave de armonía-desarmonía) se pueden comprender a partir de la relación que tiene cada comunidad con el territorio que habita. Muestra de ellos es que, esta relación tiene componentes en algunos pueblos tiene una dinámica unidireccional donde el territorio actúa como una fuente de recursos, como el “botiquín natural” referido por el pueblo Eperãrã Siapidaara o componentes de reciprocidad como el pueblo Wounaan Nonam que refiere “vivir bien” al pedirle permiso al territorio ancestral antes

de transformarlo o utilizarlo. Además, esta relación se ve influida en gran medida por la concepción del cuerpo humano como la continuidad espiritual del territorio, en contraste con el enfoque biomédico del organismo físico aislado.

El concepto de cuerpo humano dentro de los pueblos indígenas trasciende la comprensión anatómica y fisiológica convencional propia de occidente, pues se entiende como un microcosmos que refleja y somatiza constantemente el orden (armonía) o desorden (desarmonía) del macrocosmos (la naturaleza y el colectivo). Por ejemplo, el pueblo Uitoto representa al cuerpo simbólicamente como una "maloca viva" unida a los cuatro elementos de la selva y el pueblo de Los Pastos identifica puntos anatómicos específicos (frente, sienes, ombligo y pies) como portales que actúan como "entradas y salidas de energía" en conexión directa con la Madre Tierra. En efecto, se reconocen acciones que promueven esta concepción del cuerpo como la siembra de la placenta y el cordón umbilical en el fogón del pueblo Kamëntšá para iniciar físicamente el nacimiento. Esta visión integral es relevante para abarcar conceptos utilizados desde el enfoque biomédico como la salud mental, ya que para los pueblos indígenas, este concepto se relaciona con la capacidad de estar bien en referencia al pensamiento, el corazón, el espíritu y el territorio; lo cual se expresa en el cuerpo físico, en la comunidad y en el entorno.

La transformación del proceso salud-enfermedad en los pueblos indígenas participantes se desarrolla en el marco de la medicina propia, definida como el conjunto de prácticas y saberes ancestrales que apuntan a restaurar el equilibrio actuando sobre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y el territorio mismo. El liderazgo de la medicina propia lo desempeñan figuras social y políticamente aceptadas por las comunidades como son los sabedores del pueblo Muisca de Bosa que antiguamente se conocían como *Teguas* o los *Sinchis* del Pueblo Inga. Los insumos de la medicina propia son diversos en cada pueblo y se relacionan con su disponibilidad en el territorio y su significado espiritual; entre las que están plantas, alimentos y otros elementos naturales, que tiene una función central en las actividades de rituales, limpiezas, sobandería, partería, entre otros. En algunos casos estas actividades se desarrollan a nivel individual como la dieta tradicional de los Uitoto o a nivel comunitario como las ceremonias agrícolas (*Raymis*) del pueblo Kichwa. De esta manera, los pueblos indígenas reconocen la necesidad de articulación entre la medicina propia y la medicina occidental dado el contexto urbano de Bogotá; por ejemplo, el pueblo Muysca de Suba se refiere a estos como fuegos que deben converger. Esto requiere acuerdos con enfoque intercultural, que entre otros, permite la distinción de los enteógenos (plantas sagradas) para prácticas rituales o terapéuticas sin confundirse con el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Distinción que es central para los pueblos amazónicos y del macizo con el uso del mambe.

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

Recomendaciones

Se evidencia una problemática estructural en la conceptualización de salud y enfermedad derivada de la imposición de modelos biomédicos descontextualizados, los cuales no reconocen los sistemas propios de comprensión del bienestar de los pueblos indígenas que trasciende los aspectos materiales. Desde estas perspectivas, el cuerpo no se entiende únicamente como una dimensión biológica, sino como un microcosmos en permanente relación con el pensamiento, el espíritu, la comunidad y el territorio, donde la salud se configura como un estado de armonía integral y relacional. La predominancia de enfoques biomédicos reduccionistas desconoce esta integralidad, lo que genera una ruptura en la interpretación de los procesos de enfermedad y limita la pertinencia cultural de las intervenciones institucionales. Como consecuencia, se producen barreras de acceso, desconfianza y rechazo hacia los servicios de salud occidentales, especialmente cuando las prácticas no dialogan con los sistemas de medicina ancestral ni con las formas propias de atención y sanación, afectando la efectividad de las acciones en contextos indígenas urbanos.

En coherencia con la problemática identificada en la conceptualización de salud y enfermedad, se plantean las siguientes recomendaciones de política pública orientadas a superar la ruptura con el de modelo biomédico y avanzar hacia un enfoque intercultural e integral del cuidado:

1. Modelos de atención interculturales:

Se recomienda diseñar e incorporar formalmente rutas de atención en salud intercultural que reconozcan y respeten las concepciones propias de salud de los pueblos indígenas, en las cuales el bienestar se entiende como equilibrio entre pensamiento, espíritu, comunidad y territorio. Estas rutas deben articular la medicina institucional con la medicina ancestral, garantizando espacios

de diálogo, concertación y complementariedad, y evitando la subordinación de los sistemas propios a lógicas exclusivamente biomédicas.

2. Formación del talento humano:

Se recomienda establecer procesos obligatorios de formación y sensibilización para el personal de salud en cosmovisiones, prácticas y sistemas de conocimiento de los pueblos indígenas. Esta formación debe orientarse a prevenir prácticas discriminatorias, mejorar la comunicación clínica intercultural y fortalecer la capacidad de reconocimiento de los sistemas propios de sanación, reduciendo así las barreras de acceso y la desconfianza hacia los servicios institucionales.

3. Salud mental integral:

Se recomienda desarrollar intervenciones en salud mental que trasciendan el enfoque biomédico-clínico tradicional e integren dimensiones emocionales, espirituales, comunitarias y territoriales del bienestar. Estas intervenciones deben incorporar prácticas de acompañamiento culturalmente pertinentes, procesos de sanación colectiva y reconocimiento de los vínculos entre salud mental, territorio y armonía comunitaria, fortaleciendo así una comprensión integral del cuidado desde la perspectiva indígena.

La no implementación de las recomendaciones planteadas implicaría la profundización de las brechas ya identificadas entre los sistemas biomédicos institucionales y las concepciones propias de salud de los pueblos indígenas, generando un escenario de creciente rechazo comunitario hacia los servicios de salud. En ausencia de modelos de atención interculturales, de formación adecuada del talento humano y de enfoques integrales en salud mental, se perpetuarían prácticas institucionales percibidas como ajenas, descontextualizadas e incluso discriminatorias, debilitando la confianza en el sistema y reduciendo la accesibilidad efectiva a la atención. Asimismo, la persistencia de un enfoque exclusivamente biomédico limitaría la capacidad de comprender y abordar la “desarmonía” estructural que subyace a los procesos de malestar, enfermedad y consumo problemático, lo que conduciría al fracaso recurrente de las intervenciones médicas al no intervenir las dimensiones espirituales, comunitarias y territoriales que, desde la perspectiva indígena, constituyen el núcleo del proceso de sanación.

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

El conocimiento sobre la conformación de los pueblos indígenas, sus condiciones de salud y su relación con el sistema de salud distrital constituye un elemento fundamental para orientar acciones de atención integral e intercultural en Bogotá. El presente análisis fue construido a partir de censos poblacionales, registros administrativos y bases de datos de la Secretaría Distrital de

Salud, los cuales permitieron identificar tendencias epidemiológicas, condiciones de aseguramiento, problemáticas prioritarias y dinámicas territoriales que afectan a los 14 pueblos indígenas en el contexto urbano. No obstante, durante el proceso se evidenciaron vacíos importantes en la calidad, actualización y desagregación de la información, así como inconsistencias en los registros étnicos y subregistro en variables clave, lo que limita la comprensión integral de las necesidades y desigualdades existentes.

La situación demográfica de los 14 pueblos indígenas en Bogotá está profundamente marcada por procesos históricos de desarraigo y migración hacia la ciudad, en la mayoría de casos, y de ocupación de los territorios e invisibilización en el caso del Pueblo Muisca. Estos elementos, y la falta de políticas públicas para los pueblos indígenas, han contribuido a profundizar las condiciones de vulnerabilidad y las amenazas para la salud de esta población. La georreferenciación evidencia que el 42,8 % de la población indígena registrada se concentra en la localidad de Suba, ubicada al noroccidente de la ciudad, mientras que el resto se distribuye principalmente en localidades del suroccidente, como Bosa, Usme y Ciudad Bolívar.

Es importante señalar que pueblos como el Muisca de Bosa y el Muysca de Suba permanecen, mayoritariamente, en estas localidades por ser originarios del territorio y debido a procesos sociopolíticos y urbanísticos que les han permitido pervivir allí. En contraste, los demás pueblos indígenas se encuentran dispersos en diferentes zonas de la ciudad, en gran medida como resultado de dinámicas migratorias asociadas al deterioro de las condiciones socioeconómicas en sus territorios de origen.

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

Los indicadores demográficos confirman estas tendencias respecto a la natalidad, la fertilidad y la fecundidad ; lo cual favorece la orientación de las acciones para lo materno perinatal. Primero, en cuanto a la natalidad, se evidencia que entre el año 2020 y el primer trimestre de 2025, se consolidaron 196 nacimientos, siendo los nacidos vivos en su mayoría del pueblo Nasa y el

pueblo Wounaan Nonam. Los nacimientos se concentran de manera desigual en las periferias del sur y suroccidente de Bogotá como Ciudad Bolívar, Santa Fe y Bosa, donde también se presentan eventos como el bajo peso al nacer. Así mismo, los datos muestran que el 90% de los nacimientos se da en mujeres jóvenes y adultas (entre 18 a 59 años) mientras el 10% de los nacimientos corresponde a embarazos adolescentes

Por su parte, los datos sobre fertilidad y fecundidad evidencian la necesidad de adaptar la atención materno-perinatal de acuerdo con las particularidades de cada pueblo indígena. Para 2025, se registraban 7.456 mujeres indígenas en edad fértil (15 a 49 años), concentradas principalmente en los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa. Sin embargo, la razón niños-mujer (niños de 0 a 4 años en relación con mujeres en edad fértil) mostró diferencias significativas entre comunidades, siendo considerablemente más alta en el pueblo Wounaan Nonam (47,6) en comparación con el pueblo Muysca de Suba (3,6). Estas diferencias reflejan dinámicas demográficas y reproductivas heterogéneas entre los pueblos indígenas, lo que plantea la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales en salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la morbilidad materna extrema, reconocida como un evento de interés en salud pública (EISP), también presenta variaciones importantes entre las comunidades indígenas. Este evento representó el 8 % de los EISP reportados en el pueblo Muisca de Bosa y el 13 % en el pueblo Tubü Hummürimassa. En particular, el caso del pueblo Muisca de Bosa evidencia la necesidad de consolidar acciones de prevención, seguimiento y atención integral en salud materna, incorporando enfoques interculturales que respondan a las condiciones sociales, territoriales y culturales de las mujeres indígenas.

Por otro lado, el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas en Bogotá caracterizado a partir de la morbilidad y la mortalidad brinda un marco robusto sobre el tipo de estrategias de salud que requiere esta población. Primero, de las 252.708 atenciones demandadas entre 2020 y 2025, la mayoría correspondían a mujeres (61,6%), a consultas ambulatorias (96,4%) y del pueblo Muysca de Suba (69%). Segundo, entre 2020 y 2024, se registraron 155 defunciones, en su mayoría hombres (55%) del ciclo vital de la vejez. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer acciones de promoción, prevención y atención integral en salud con enfoque diferencial, orientadas a incrementar la confianza de los pueblos indígenas en el sistema de salud y a garantizar su acceso oportuno. Asimismo, se hace prioritario fortalecer el cuidado de la población mayor, en coherencia con las dinámicas epidemiológicas específicas de cada pueblo y sus formas propias de organización del cuidado, reconociendo la diversidad cultural y territorial en la respuesta en salud.

En cuanto a los principales motivos de consulta se destacan las enfermedades crónicas y los problemas de salud oral; mientras que las principales causas de muerte registradas destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias (18,1%), seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón (8,4%) y las afecciones crónicas de las vías respiratorias (5,2%). Es importante señalar que, para el año 2024, la base de datos no contaba con la variable correspondiente a las causas de defunción, por lo que esta información se clasifica como no disponible o no registrada para dicho periodo representando el 23%. Este hallazgo pone de manifiesto un importante subregistro o falta de información en la variable de causa de defunción, lo cual limita la interpretación precisa del perfil de mortalidad, resaltando la necesidad de fortalecer el registro de datos y a partir de los mismos identificar con mayor claridad las causas de defunción y a partir de ello plantear medidas concretas.

Como elemento de especial interés del Componente 3, los problemas de salud mental reportados reflejan procesos de “desarmonía” asociados al desarraigo territorial, la marginación social y la pérdida o debilitamiento de la identidad cultural que enfrentan los pueblos indígenas en contextos urbanos. Durante el periodo analizado se registraron 315 casos de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas, evidenciando patrones culturales diferenciados entre los pueblos. Mientras que en los pueblos Muysca de Suba y Pijao predomina el policonsumo, en los pueblos Pastos e Inga sobresalen los trastornos y estados de abstinencia severa relacionados principalmente con el consumo de alcohol. Estos hallazgos permiten comprender que el consumo problemático no se manifiesta de manera homogénea, sino que se encuentra atravesado por dinámicas culturales, territoriales y sociales específicas.

Este panorama se complementa con el análisis de los eventos de interés en salud pública (EISP), los cuales evidencian la estrecha relación entre salud, territorio y condiciones de vida en la ciudad. Entre los eventos más frecuentes se encuentran las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (20%) y las infecciones respiratorias agudas graves o inusitadas (14%), situaciones que reflejan condiciones ambientales y territoriales que afectan de manera diferenciada a esta población. De igual manera, los eventos relacionados con violencia basada en género e intrafamiliar representan el 29% de los registros, mientras que las alertas por intento de suicidio corresponden al 4%, concentrándose principalmente en los pueblos Muysca de Suba, Muisca de Bosa y Ambiká Pijao. En conjunto, estos tres pueblos agrupan aproximadamente el 76,4% del total de registros de EISP, situación que puede estar asociada tanto a su mayor tamaño poblacional como a mejores capacidades de acceso, atención y notificación dentro del sistema de salud.

En su conjunto, estos resultados evidencian que las afectaciones en salud mental, las violencias y los eventos de salud pública no pueden interpretarse únicamente desde una perspectiva clínica

individual, sino como expresiones de desigualdades estructurales, tensiones territoriales y procesos de desarmonización social y cultural. Esto representa un reto significativo para el sistema de salud distrital, que requiere fortalecer respuestas diferenciales e interculturales capaces de reconocer las particularidades de cada pueblo indígena.

Finalmente, el aseguramiento en salud para los pueblos indígenas trasciende el simple trámite administrativo de afiliación; se constituye en un pilar estratégico para garantizar el derecho a la salud, mitigar barreras de acceso y reducir inequidades territoriales. Con base en las 23.209 personas indígenas registradas en Bogotá, se evidenció que la mayoría se concentra en el régimen contributivo (59%) y en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB Capital Salud, Compensar, Famisanar, Sanitas y Salud Total. No obstante, persisten variaciones importantes entre los pueblos indígenas y vacíos de información que representan retos para la gestión del riesgo en salud de esta población. Por un lado, de los 27 casos reportados sin afiliación, 16 corresponden al pueblo Muysca de Suba; por otro, el 38,6 % de los registros se clasifican como “sin dato” respecto al lugar de afiliación.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias de búsqueda activa y afiliación efectiva para eliminar los casos de población no asegurada, así como de consolidar mecanismos de portabilidad y continuidad de la atención para personas afiliadas en otros territorios. De igual forma, resulta prioritario mejorar la calidad de los registros mediante procesos de depuración y actualización de la información, y fortalecer la articulación entre las EAPB con mayor concentración de afiliados indígenas y las autoridades distritales, con el fin de garantizar una atención integral, continua y con enfoque intercultural.

Recomendaciones:

El análisis identificó como principales problemas la baja calidad y desactualización de los sistemas de información, evidenciada en registros incompletos, inconsistencias en la identificación étnica y altos porcentajes de datos “sin información”, lo que afecta la confiabilidad de los análisis. También se evidenció la ausencia de censos consolidados, especialmente del pueblo Misak, limitando la representatividad de los resultados. En salud, persisten barreras de acceso asociadas a afiliaciones fuera de Bogotá, subregistro y dificultades administrativas, además de una alta carga de enfermedades crónicas, problemas respiratorios, violencia y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, se identificó la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la calidad del registro y la articulación institucional con enfoque intercultural.

En coherencia con los problemas identificados a lo largo del proceso de caracterización de los pueblos indígenas en Bogotá, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la respuesta institucional desde un enfoque diferencial, territorial e intercultural. Estas recomendaciones buscan avanzar en la consolidación de políticas públicas más pertinentes y sostenibles, capaces de responder a las desigualdades estructurales, las barreras de acceso, la fragmentación de los sistemas de cuidado y las afectaciones derivadas del contexto urbano.

1. Fortalecimiento de los sistemas de información y registro étnico

Se recomienda fortalecer la política pública de salud indígena mediante la estandarización y articulación de los sistemas de información, la depuración y validación permanente de los registros étnicos, y la actualización periódica de los censos indígenas en Bogotá, garantizando información confiable, representativa y con enfoque intercultural para la planeación, vigilancia y toma de decisiones en salud pública.

2. Salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural

Se recomienda fortalecer la política pública de salud sexual y reproductiva indígena mediante estrategias interculturales que integren la garantía de derechos, la prevención del embarazo adolescente, el acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos, así como el acompañamiento materno-perinatal en los territorios con mayor concentración de población indígena.

3. Política intercultural de salud y vigilancia epidemiológica diferencial

Se recomienda consolidar una política de salud intercultural y vigilancia epidemiológica diferencial que integre la participación de los pueblos indígenas, el fortalecimiento de la atención primaria en territorios priorizados, la incorporación de mediadores interculturales y el desarrollo de acciones focalizadas en la prevención de enfermedades crónicas, salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas, garantizando sistemas de información robustos y análisis desagregados por pertenencia étnica y territorio.

4. Acceso efectivo y continuidad en el aseguramiento en salud

Se recomienda fortalecer el acceso efectivo al aseguramiento en salud de la población indígena mediante estrategias de búsqueda activa y afiliación, mejora de la portabilidad y continuidad de la atención, depuración de registros “sin dato” y articulación interinstitucional con EPS y autoridades distritales para garantizar una atención oportuna, continua y con enfoque intercultural.

5. Gobernanza y planeación territorial con enfoque diferencial indígena

Se recomienda fortalecer la gobernanza y la planeación territorial con enfoque diferencial indígena mediante la incorporación de la variable étnica en la planificación distrital, la priorización de inversión en territorios con mayores vulnerabilidades, el fortalecimiento de la participación efectiva de las autoridades indígenas y la implementación de mecanismos de seguimiento, evaluación e indicadores específicos que permitan reducir inequidades urbanas en salud y condiciones de vida.

La no implementación de estas recomendaciones mantendrá errores en la identificación étnica y subregistro en los sistemas de información, lo que afectará la calidad y confiabilidad de los datos para la toma de decisiones en salud pública. Esto continuará generando subrepresentación de pueblos indígenas como el Misak, fragmentación de la información y limitada capacidad de análisis integral. Asimismo, se incrementarán las barreras de acceso efectivo al sistema de salud, se profundizarán las inequidades territoriales y sociales, y se agravará la carga de enfermedad, incluyendo problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, se mantendrá el subregistro de eventos y mortalidad, debilitando la capacidad de respuesta institucional y limitando la consolidación de una gestión en salud con enfoque intercultural.

Componente 4: Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá desde un enfoque diferencial, territorial e intercultural.

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

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

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

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

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

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

Por su parte, la dimensión sociocultural materializada en la estructura comunitaria, puede ser modificada positivamente tanto por espacios o figuras institucionales como los cabildos, los mayores y las mingas, así como las diferentes Cosmovisiones, sus Leyes de Origen y el Derecho Mayor de cada pueblo que regulan el orden de la vida; elementos primordiales para guiar las prácticas de armonización y permitir aliviar el cansancio espiritual y la tristeza causados por el desarraigo y la falta de territorio. En contraste, los factores deteriorantes amenazan la identidad de los pueblos indígenas. Por ejemplo, el debilitamiento de su gobierno propio, discriminación en las escuelas, el trato homogeneizador de parte de la institucionalidad, no solo del sector salud, la dispersión espacial en la ciudad y la exposición a las múltiples violencias urbanas y la limitación de espacios propios de socialización, producen estados de ánimo negativos, vinculados al miedo, la apatía y el estrés crónico, que se interiorizan en el cuerpo como profundas desarmonías espirituales; y que terminan afectando el tejido colectivo de los pueblos y la identidad de sus miembros.

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

Para los pueblos indígenas, estas dimensiones son gestionadas mediante las estructuras propias en salud que son sistemas vivos y dinámicos para garantizar el bienestar integral mediante el trabajo colectivo, la memoria y la resistencia cultural. Los ejes de dichas estructuras son: 1) Los instrumentos de gobierno propio, es decir, los lineamientos y órganos que coordinan la salud bajo el principio de autonomía (por ejemplo, el Plan de Vida y los Estantillos de Medicina Tradicional y Salud del Pueblo Muisca de Bosa), 2) Los espacios físicos, simbólicos y comunitarios que sirven para la sanación, la transmisión de saberes y la cohesión social (por ejemplo, los mambeaderos del pueblo Tubü Hummürimassa), 3). Las autoridades espirituales, sabedores y cuidadores quienes resguardan el conocimiento milenario guiando la prevención y curación (por ejemplo, Benkhūun - médico ancestral y la Dauchoon - partera del pueblo Wounaan Nonam) y, 4) Las prácticas cotidianas y de articulación intercultural que previenen el desequilibrio y

promueven la armonización a nivel colectivo (por ejemplo, la danza que se considera un lenguaje de equilibrio en el Pueblo Muisca de Bosa).

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

Recomendaciones

El análisis de los procesos de salud y enfermedad en los pueblos indígenas de Bogotá evidencia problemáticas estructurales asociadas al desarraigo urbano, la fragmentación del cuidado y las barreras de articulación intercultural en salud. El contexto urbano ha favorecido el debilitamiento de prácticas tradicionales de alimentación, espiritualidad y vida comunitaria, así como el aumento del estrés, el sedentarismo y la exposición a condiciones ambientales adversas que afectan la salud física y emocional. A ello se suman barreras institucionales que limitan la integración efectiva entre el sistema de salud occidental y los sistemas propios de cuidado, incluyendo restricciones a la participación de sabedores y autoridades espirituales en los procesos de atención. Esta situación debilita la integralidad del cuidado y limita la capacidad de respuesta frente a las necesidades culturales, territoriales y comunitarias de los pueblos indígenas en la ciudad.

En este contexto, las recomendaciones de política pública que se presentan a continuación buscan fortalecer una respuesta institucional más integral, intercultural y territorialmente pertinente, orientada a superar las brechas identificadas en el acceso, la atención y la articulación entre sistemas de salud. Asimismo, buscan promover el reconocimiento de los sistemas propios de

cuidado, fortalecer la participación comunitaria y consolidar estrategias de atención que respondan a las realidades sociales, culturales y espirituales de los pueblos indígenas residentes en Bogotá.

1. Fortalecimiento e integración de los sistemas propios de cuidado

Se recomienda reconocer institucional y administrativamente a los equipos de Medicina Ancestral Indígena (MAI), garantizando su articulación efectiva en escenarios hospitalarios, comunitarios y de atención primaria. Esto implica facilitar la participación de sabedores, autoridades espirituales y médicos tradicionales en los procesos de atención, promoviendo modelos interculturales que integren la medicina ancestral y la medicina occidental desde relaciones de complementariedad y respeto.

2. Protección y recuperación de entornos comunitarios como espacios de salud

Se recomienda promover la recuperación y fortalecimiento de vínculos territoriales en la ciudad mediante el apoyo a huertas comunitarias, casas de pensamiento, espacios ceremoniales, humedales y otros escenarios propios que funcionan como infraestructuras de cuidado, armonización y bienestar colectivo. Estos espacios deben ser reconocidos como componentes fundamentales de la salud intercultural y de la reconstrucción del tejido comunitario en contextos urbanos.

3. Articulación intersectorial con enfoque territorial e intercultural

Se recomienda fortalecer la coordinación entre los sectores de salud, educación, ambiente, cultura e integración social bajo principios de corresponsabilidad, participación comunitaria y enfoque de determinantes sociales. Esta articulación debe orientarse a responder integralmente a las afectaciones derivadas del desarraigo urbano, la precarización de las condiciones de vida y la fragmentación del cuidado, garantizando acciones sostenidas y culturalmente pertinentes en los territorios priorizados.

La no implementación de estas recomendaciones profundizaría los procesos de desestructuración social, territorial y espiritual que actualmente afectan a los pueblos indígenas en contextos urbanos. La ausencia de modelos interculturales de atención y de estrategias orientadas al fortalecimiento de los sistemas propios de cuidado podría generar un progresivo colapso de las redes comunitarias y familiares que históricamente han sostenido el bienestar colectivo, debilitando aún más los vínculos de solidaridad, orientación y acompañamiento espiritual. Asimismo, la permanencia de condiciones urbanas asociadas al estrés, la precarización y el desarraigo incrementaría el riesgo de enfermedades crónicas, afectaciones emocionales y trastornos de salud mental relacionados con el denominado “cansancio espiritual”, entendido como una expresión del deterioro de la armonía entre cuerpo, pensamiento, comunidad y

territorio. De igual manera, mantener intervenciones sectoriales fragmentadas y desconectadas de las realidades culturales y territoriales limitaría significativamente su impacto, reproduciendo respuestas institucionales poco pertinentes y con baja capacidad de transformación frente a las problemáticas estructurales que enfrentan los pueblos indígenas en la ciudad.

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

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

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

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

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

Por su parte, la caracterización socioeconómica refleja que los sabedores ejercen su labor en condiciones de precariedad a pesar de ser los guardianes de la salud, la armonía y la identidad cultural de los pueblos indígenas. Así, el 44% sobrevive con ingresos inferiores a un salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV) y el 34% percibe exactamente un SMMLV; y, aunque la práctica de la medicina ancestral es concebida como un servicio comunitario y vocacional mas no como una actividad lucrativa, la ausencia de un reconocimiento económico digno y acorde a su importancia, obliga a los sabedores a combinar esta labor con ocupaciones como el trabajo formal (36%) o el trabajo independiente (36%). Además, el 61% de esta población cuenta con un nivel educativo básico (40% secundaria y 21% primaria) y un significativo 36% está reconocido como víctima del conflicto armado, lo que perpetúa varias de estas vulnerabilidades. En cuanto a su relación individual con el sistema de salud occidental, se evidencia que el 74% de los sabedores está asegurado por medio del régimen contributivo, el 24% por medio del subsidiado, el 0.7% a través del régimen especial y el 1.5% no está afiliado.

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

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

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

En cuanto a la formación y transmisión del conocimiento, se resalta el papel fundamental del acompañamiento continuo de los mayores, ya que este se adquiere principalmente a través del linaje familiar (39%), seguido del aprendizaje propio (25%), el aprendizaje comunitario (19%) y el llamado espiritual (15%). Además, dicha formación se trata de un proceso acumulativo y de largo aliento evidenciado en que el 69% de los sabedores reporta más de 10 años de formación en su labor y el 70% más de una década de experiencia. No obstante, la formación y transmisión de los saberes ancestrales se han tenido que reconfigurar por la falta de espacios físicos adecuados para realizar rituales, la escasez de recursos económicos para sostener los procesos formativos y las dinámicas urbanas. Así, los sabedores han comenzado a tratar nuevas desarmonías propias de la ciudad (como el estrés o los problemas digestivos por alimentos procesados), integrando en sus tratamientos herramientas occidentales y promoviendo espacios educativos interculturales, que trae un enorme beneficio a la ciudadanía en general, la cual también recibe atención de los sabedores.

Recomendaciones

La caracterización de sabedores y sabedoras en medicina ancestral de los pueblos indígenas en Bogotá evidencia problemáticas estructurales que ponen en riesgo la continuidad de los sistemas propios de cuidado. Se identifica una crisis de relevo generacional, dado que la mayoría de los sabedores corresponde a población adulta y adulta mayor, mientras que la participación de jóvenes aprendices es limitada, afectando la transmisión intergeneracional de conocimientos ancestrales. Esta situación se agrava por condiciones de precariedad económica, escaso reconocimiento institucional, dificultades para acceder a insumos medicinales y espacios adecuados, así como por la sobrecarga física, emocional y espiritual derivada del ejercicio permanente del cuidado comunitario en contextos urbanos. En conjunto, estos factores debilitan progresivamente la sostenibilidad de la medicina ancestral y comprometen la permanencia de las prácticas culturales y espirituales que sustentan el bienestar colectivo de los pueblos indígenas. En este contexto, las recomendaciones de política pública que se presentan a continuación buscan fortalecer el reconocimiento, la sostenibilidad y la transmisión de los sistemas propios de medicina ancestral, garantizando condiciones dignas para el ejercicio de los sabedores y sabedoras en la ciudad. Asimismo, buscan promover estrategias de relevo generacional, protección de espacios de cuidado y articulación intercultural con el sistema de salud institucional, como elementos fundamentales para la preservación de los conocimientos ancestrales y el fortalecimiento de la salud colectiva de los pueblos indígenas en Bogotá.

1. Reconocimiento, sostenibilidad y dignificación de los sabedores y sabedoras

Se recomienda establecer mecanismos institucionales de reconocimiento formal para los sabedores y sabedoras en medicina ancestral, garantizando su inclusión en los modelos interculturales de atención en salud. Asimismo, se requiere fortalecer su sostenibilidad económica y reducir las condiciones de precarización y sobrecarga asociadas al cuidado comunitario en contextos urbanos.

2. Fortalecimiento de la transmisión intergeneracional y formación de nuevos aprendices

Se recomienda financiar e impulsar escuelas y procesos comunitarios de medicina ancestral orientados a la formación de jóvenes aprendices, promoviendo el relevo generacional y la continuidad de los conocimientos, prácticas y saberes propios de los pueblos indígenas.

3. Garantía de espacios, movilidad e insumos para la medicina ancestral

Se recomienda facilitar el acceso a espacios adecuados para la ritualidad, la atención comunitaria y las prácticas de armonización, así como fortalecer redes de abastecimiento de plantas medicinales y apoyos de movilidad que permitan a los sabedores ejercer su labor en condiciones dignas y culturalmente pertinentes dentro de la ciudad.

La no implementación de estas recomendaciones profundizaría el deterioro de las condiciones que actualmente sostienen la medicina ancestral y pondría en riesgo la continuidad misma de los sistemas propios de cuidado de los pueblos indígenas en Bogotá. La ausencia de medidas de reconocimiento, sostenibilidad y relevo generacional podría derivar en una pérdida irreversible del patrimonio terapéutico indígena, afectando la transmisión de conocimientos, prácticas rituales y formas de sanación construidas históricamente por los pueblos.

Asimismo, el envejecimiento progresivo de los sabedores, sumado a la precariedad económica, la sobrecarga comunitaria y la falta de aprendices, amenaza con debilitar de manera crítica la capacidad de respuesta del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Sin sabedores y sabedoras que orienten los procesos de armonización, prevención y cuidado comunitario, las comunidades quedarían sin una de sus principales redes de atención primaria frente a la enfermedad, aumentando la dependencia de modelos institucionales que, en muchos casos, no responden de manera adecuada a sus concepciones culturales, espirituales y territoriales de la salud. En consecuencia, esto podría generar mayores procesos de desarmonización social y espiritual, debilitamiento identitario y pérdida de autonomía en el cuidado colectivo.

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

El consumo problemático de sustancias psicoactivas se comprende, desde la perspectiva de los pueblos indígenas en contexto urbano, como una expresión de desarmonía espiritual, familiar, comunitaria y territorial, más que como una conducta individual aislada. Esta desarmonía se relaciona con procesos de desestructuración sociocultural, debilitamiento del tejido comunitario, tensiones en los entornos familiares y condiciones urbanas que intensifican la vulnerabilidad y la exposición al consumo. En este sentido, el análisis evidencia la necesidad de diferenciar con mayor claridad entre la medicina ancestral, entendida como sistema integral de cuidado y armonización; el uso ritual regulado y contextualizado, guiado por autoridades espirituales y normas comunitarias; y el consumo problemático de sustancias psicoactivas externas o usos descontextualizados, los cuales se asocian a la ruptura de los marcos culturales, espirituales y territoriales que tradicionalmente regulan el equilibrio colectivo.

En Bogotá, los registros sobre consumo de sustancias psicoactivas indican que la población indígena representa una proporción muy baja de los casos notificados, con solo 27 casos (0,04% del total). Sin embargo, estudios específicos de 2016 y 2022 revelan que dentro de esta población se reportan prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas como marihuana y cocaína, con diferencias significativas según el sexo (mayor en hombres) y la edad. Además, se identificaron 315 casos de trastornos mentales asociados al consumo en pueblos indígenas urbanos como el Muisca de Suba (con policonsumo), Los Pastos

(dependencia al alcohol), Inga (abstinencia y cuadros severos por alcohol) y Ambiká Pijao (consumo de múltiples sustancias y cigarrillo). No obstante, estos datos cuantitativos no permiten comprender las prácticas culturales ni las formas comunitarias de regulación del consumo, por lo que se requiere un enfoque intercultural que integre percepciones y factores de protección propios de cada pueblo.

Las percepciones de los pueblos indígenas sobre las denominadas sustancias psicoactivas (SPA) se organizan a partir de una clara diferenciación cultural y relacional sobre su naturaleza, usos y significados, así como de las causas y efectos asociados al consumo. En este sentido, se evidencia un rechazo generalizado al uso del término “ sustancias psicoactivas” para referirse a las plantas maestras o medicinas ancestrales, como la hoja de coca, el tabaco, el mambe o el yagé, en tanto estas no son concebidas dentro de dichas categorías externas, sino como seres y medicinas con un carácter sagrado, cuyo uso está estrictamente contextualizado, regulado por autoridades espirituales y orientado a la armonización del pensamiento, el cuerpo, el espíritu y el territorio.

En contraste, se reconoce que las sustancias psicoactivas externas corresponden a productos de origen industrial o comercial, desvinculados de estos sistemas de regulación cultural, cuyo uso problemático se asocia a procesos de desestructuración social y comunitaria. Esta lectura es especialmente compleja en el caso del alcohol, el cual presenta una ambivalencia: por un lado, se encuentra parcialmente normalizado en ciertos espacios laborales y festivos urbanos; pero, por otro, es identificado de manera consistente como uno de los principales factores de afectación del tejido social, al estar asociado con conflictos intrafamiliares, violencia y deterioro de las condiciones económicas y comunitarias.

Uitoto), una fractura del pishintθ θsik amθnamik o "vivir en armonía" como lo refiere el pueblo Misak. Se perciben como causas el estrés, la discriminación, la pérdida de los espacios sagrados, el debilitamiento del consejo de los mayores y el "choque cultural". Mientras que, relacionan los efectos con la desarmonía espiritual, las fracturas familiares, el aumento de la violencia, el deterioro del tejido y reconocen sus efectos en el primer territorio (cuerpo y mente) dando lugar a otros problemas que aumenta el factor de riesgo.

El análisis territorial, complementado con los recorridos territoriales, las cartografías participativas y las convenciones colectivas de identificación de factores de riesgo y protección, evidencia una profunda tensión espacial y simbólica entre el cuidado comunitario y las amenazas del entorno urbano en relación con la exposición y el consumo de sustancias psicoactivas. Este proceso permite concluir que el riesgo se concentra en tipologías espaciales específicas y no puede explicarse únicamente a partir de decisiones individuales, sino que se configura de manera estructural en el territorio. En este sentido, las comunidades identifican que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el microtráfico, la habitabilidad en calle, la acumulación de basuras y la falta de iluminación se ubican en corredores urbanos concretos que atraviesan sus trayectos cotidianos, generando puntos críticos de exposición. Así, los

pueblos ubicados en zonas céntricas, como el Inga, Kamëntsá y Kichwa, señalan la normalización de la venta de licor y SPA ilegales en áreas de alto flujo comercial como la Plaza España o San Bernardo, mientras que los pueblos asentados en zonas periféricas, como el Nasa, Uitoto y Wounaan Nonam, enfrentan condiciones de precariedad asociadas a infraestructura insuficiente, baja presencia institucional, limitación de servicios públicos y mayor aislamiento territorial.

Frente a estas dinámicas de riesgo, los pueblos indígenas configuran nodos de resistencia y cuidado tanto en espacios físicos institucionales como en espacios propios, tales como las Casas de Pensamiento, Casas Cabildo, chagras, huertas comunitarias, cuerpos de agua y zonas boscosas. Estos territorios funcionan como escenarios protectores cuando existe apropiación comunitaria, presencia organizada y regulación cultural activa, fortaleciendo la armonización espiritual, la transmisión de saberes y el tejido comunitario. En este marco, pueblos como los Pastos, Muisca de Suba y Eperãrã Siapidaara han impulsado procesos de reapropiación de la naturaleza y del espacio público mediante prácticas comunitarias orientadas al cuidado colectivo y la revitalización cultural. No obstante, para pueblos como el Muisca de Bosa, Muisca de Suba, Tubü, Misak y Nasa, persiste una fuerte ambivalencia territorial, dado que varios de los espacios considerados sagrados o de encuentro comunitario coinciden simultáneamente con focos de consumo y expendio de sustancias por parte de actores externos. Esta situación restringe el uso pleno de dichos lugares, debilita su función protectora y genera profundos procesos de desequilibrio espiritual, físico y comunitario.

Con respecto al análisis de los factores protectores y **deteriorantes** asociados al uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), se evidencia que los pueblos indígenas participantes comprenden estas dinámicas desde una perspectiva relacional e integral, en la que el territorio, la espiritualidad, la familia y la comunidad constituyen el eje central de interpretación. En este marco, los factores protectores se configuran como un sistema de cuidado colectivo sustentado en el fortalecimiento de la identidad cultural, el arraigo territorial y la medicina ancestral, donde el rol de los sabedores y médicos tradicionales, junto con el uso ritualizado y regulado de plantas propias, cumple funciones de orientación, armonización y sanación.

De igual manera, los espacios ceremoniales como el Qusmuy, la Maloca o la Tulpa operan como escenarios de contención espiritual y equilibrio comunitario. A esto se suma la cohesión familiar, la palabra orientadora de los mayores, el ejercicio del gobierno propio y el Cabildo como núcleo organizativo y espacio de protección. Asimismo, prácticas comunitarias como los círculos de palabra, las mingas, las actividades culturales, deportivas y artísticas, junto con las huertas y chagras, fortalecen el vínculo con la tierra, la transmisión intergeneracional de saberes y el uso significativo del tiempo libre. En coherencia con este enfoque, la formulación de una estrategia de prevención del uso y abuso de SPA en población indígena residente en Bogotá debe basarse en la gobernanza propia, el reconocimiento de la medicina ancestral y la corresponsabilidad institucional, fortaleciendo los espacios comunitarios y abordando las causas estructurales del consumo en la ciudad.

En contraste, los factores deteriorantes se asocian principalmente a procesos de desarraigo territorial, fragmentación cultural y debilitamiento del tejido comunitario derivados de la experiencia urbana. Entre ellos se identifican la alta disponibilidad y normalización del consumo de SPA legales e ilegales en espacios públicos y entornos escolares, la presencia de microtráfico e inseguridad en zonas de tránsito comunitario, así como la exclusión social, la precariedad económica y la limitada oferta de oportunidades educativas y laborales. Asimismo, la urbanización y el deterioro ambiental afectan espacios sagrados y territorios de significación espiritual, profundizando procesos de desarmonización territorial.

A nivel cultural y comunitario, se observa el debilitamiento de prácticas tradicionales, el choque con referentes culturales occidentales, la pérdida del sentido ancestral de las plantas medicinales y la estigmatización de las personas consumidoras, lo que limita la búsqueda de apoyo oportuno. En el ámbito familiar e individual, se evidencian dificultades de comunicación, violencia intrafamiliar, ausencia de acompañamiento constante, normalización intergeneracional del consumo de alcohol y uso de sustancias como respuesta al sufrimiento emocional, la soledad o el vacío afectivo. En este contexto, la prevención requiere además un enfoque diferencial por curso de vida, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, así como intervenciones situadas en los entornos cotidianos mediante rutas graduales que integren prevención, detección temprana y procesos de sanación intercultural. En este proceso, la medicina ancestral y los saberes propios se consolidan como eje central del cuidado, a través de la palabra orientadora, las prácticas de armonización espiritual y la articulación complementaria con el sistema de salud occidental.

Recomendaciones

El análisis de este componente evidencia que el consumo problemático de sustancias psicoactivas en contextos indígenas urbanos está asociado a procesos de desarraigo territorial, fragmentación familiar y debilitamiento del tejido comunitario, los cuales reducen la capacidad de protección colectiva y afectan la transmisión intergeneracional de saberes. Estas dinámicas se intensifican por condiciones urbanas como la alta disponibilidad y normalización del consumo, la precariedad socioeconómica, la discriminación y la presencia de entornos urbanos de alta vulnerabilidad.

Asimismo, se identifica un debilitamiento de los sistemas propios de cuidado y de los espacios comunitarios como barreras protectoras, junto con una mayor exposición de adolescentes y jóvenes a presiones sociales, conflictos identitarios y escenarios de riesgo territorialmente concentrados. A esto se suma la persistencia de barreras entre la institucionalidad y los sistemas

indígenas de cuidado, así como la fragmentación de las respuestas institucionales, lo que limita la implementación de estrategias integrales y culturalmente pertinentes.

En este contexto, las recomendaciones de política pública que se presentan a continuación buscan fortalecer los sistemas comunitarios de protección, la gobernanza propia y la articulación intercultural entre instituciones y pueblos indígenas. Asimismo, se orientan a desarrollar estrategias preventivas con enfoque territorial, diferencial y de curso de vida, priorizando el fortalecimiento de la identidad cultural, la recuperación de espacios comunitarios y la integración de la medicina ancestral y los saberes propios como ejes centrales del cuidado y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

1. Prevención identitaria y comunitaria en el curso de vida

Se recomienda fortalecer una estrategia de prevención centrada especialmente en adolescentes y jóvenes, reconociendo su mayor exposición a dinámicas urbanas, presión de pares y procesos de construcción identitaria. Esta prevención debe alejarse de enfoques punitivos y centrarse en la revitalización cultural, el fortalecimiento del proyecto de vida con identidad, el arte, el deporte y el liderazgo juvenil, articulados con la orientación de mayores y sabedores como eje protector intergeneracional.

2. Recuperación y resignificación territorial de entornos de riesgo

El análisis evidencia que el consumo problemático se concentra en tipologías espaciales específicas, por lo que se recomienda la transformación de estos escenarios urbanos (parques, corredores comerciales, bordes urbanos y zonas de tránsito) en nodos de cuidado activo comunitario. Esto implica intervenciones intersectoriales coordinadas entre salud, seguridad y organizaciones comunitarias, orientadas a la recuperación simbólica, la presencia institucional no punitiva y el fortalecimiento del control social comunitario del territorio.

3. Diferenciación cultural y no estigmatización de la medicina ancestral

Se recomienda ajustar los protocolos institucionales para garantizar una clara diferenciación entre el consumo problemático de sustancias externas y el uso ritual, regulado y contextualizado de plantas maestras dentro de los sistemas de medicina ancestral. Esta diferenciación es fundamental para evitar procesos de estigmatización, falsos diagnósticos o intervenciones inadecuadas, reconociendo la autoridad espiritual y cultural de los pueblos en el manejo de sus prácticas de sanación.

4. Superación de la brecha institucional y fortalecimiento de la gobernanza intercultural

Se evidencia una brecha persistente entre la institucionalidad y los sistemas propios de cuidado, lo que limita la pertinencia y efectividad de las acciones preventivas. Se recomienda avanzar

hacia modelos de gobernanza intercultural basados en la concertación real con autoridades indígenas, el reconocimiento de la autonomía comunitaria y la construcción conjunta de rutas de atención, evitando intervenciones estandarizadas o verticales.

5. Prevención diferencial según ciclo vital y fortalecimiento del cuidado intergeneracional

Se recomienda consolidar una estrategia de prevención diferenciada por curso de vida, reconociendo que la vulnerabilidad no es homogénea. En la infancia, el énfasis debe estar en la formación de identidad y vínculos de cuidado; en la adolescencia y juventud, en la prevención activa frente a la exposición urbana y la presión social; en la adultez, en la gestión de cargas socioeconómicas y consumos normalizados; y en la adultez mayor, en el rol protector como transmisores de memoria, orientación y regulación comunitaria.

La no implementación de estas recomendaciones profundizaría las condiciones estructurales que favorecen el consumo problemático de sustancias psicoactivas en contextos indígenas urbanos. La ausencia de estrategias de prevención comunitaria e identitaria aumentaría la exposición de adolescentes y jóvenes a dinámicas urbanas de riesgo, debilitando los procesos de identidad, pertenencia y construcción de proyectos de vida. Asimismo, la falta de recuperación de territorios críticos mantendría corredores urbanos asociados al consumo y microtráfico, limitando su transformación en espacios de cuidado comunitario.

Por otro lado, no diferenciar entre medicina ancestral y consumo problemático de sustancias externas podría generar estigmatización y debilitar los sistemas propios de salud y las prácticas culturales de armonización. A esto se suma la persistencia de brechas entre la institucionalidad y los sistemas indígenas, lo que incrementaría la desconfianza, la baja pertinencia de las intervenciones y la fragmentación de la respuesta pública. En conjunto, estos factores fortalecerían escenarios de desestructuración sociocultural, debilitamiento del tejido comunitario y aumento sostenido del riesgo territorial.

Conclusiones transversales

El análisis conjunto de los cinco componentes del proceso de caracterización, en el marco del Producto “1.3.5. Documento de caracterización y diagnóstico de situación de salud con enfoque indígena diferencial para los pueblos indígenas en Bogotá, concertado con el espacio autónomo según la normatividad vigente”, revela la fortaleza y fuerza material y espiritual de los 14 pueblos indígenas en Bogotá que hacen parte del Decreto 612/2015. Esa fortaleza y fuerza se evidencia en su capacidad de resistir y pervivir en el contexto Urbano, a pesar del desarraigo territorial y de la expansión urbana, en donde el tejido colectivo preserva el pensamiento ancestral, que se adapta

a las posibilidades de la ciudad para mantener su lengua y prácticas, y del fortalecimiento de su gobierno propio.

En ese sentido, la salud es un concepto central para los pueblos indígenas en la medida que conecta las ideas de armonía y desarmonía en los planos material, espiritual, colectivo y territorial. Los conocimientos y prácticas propias de los pueblos en cuanto a salud, se interrelacionan con la educación, la cultura, el desarrollo económico, el hábitat y demás dimensiones que el pensamiento occidental separa y que para los pueblos son integrales e interdependientes. De esa forma, en la particularidad de cada pueblo, y según sus usos y costumbres, la salud se evidencia en esas armonías y desarmonías, que se terminan relacionando con las prácticas occidentales y sus servicios institucionales.

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

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

El desarraigo territorial actúa como catalizador de una cadena causal multidimensional que se configura como un proceso iterativo y acumulativo. Este desarraigo produce fragmentación identitaria, debilitamiento de los vínculos comunitarios y pérdida de referentes culturales, generando estrés crónico, ansiedad y lo que varios pueblos denominan “cansancio espiritual”. Estas afectaciones favorecen escenarios de desarmonía individual, familiar, comunitaria y territorial que pueden manifestarse en diversas problemáticas, entre ellas el consumo problemático de sustancias psicoactivas, las violencias, el deterioro de la salud mental y la ruptura de las redes de cuidado colectivo.

A su vez, estas dinámicas profundizan el aislamiento de los sabedores y limitan su capacidad para transmitir conocimientos y sostener prácticas de armonización, debilitando progresivamente los sistemas propios de cuidado y el patrimonio terapéutico de los pueblos indígenas. En este sentido, la caracterización epidemiológica de los trastornos mentales, las violencias y los eventos asociados al consumo de SPA constituye una expresión cuantificable de procesos más amplios de ruptura de la armonía entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.

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

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

A lo anterior se suma la informalidad y la precariedad de los sabedores, lo cual es, en términos prácticos, una restricción de la oferta del sistema de salud intercultural y su capacidad para funcionar. Un sabedor o una sabedora que debe combinar su labor medicinal con trabajo formal o independiente no puede atender con la dedicación, los tiempos rituales y la disponibilidad que la medicina propia requiere. Así mismo, la crisis del relevo generacional en los sabedores y las sabedoras es equivalente al cierre programado de los centros de atención primaria de una comunidad. La urgencia de actuar es proporcional a la irreversibilidad del daño, ya que los saberes que se pierden con una generación difícilmente se recuperan con programas posteriores. También a partir del análisis se puede afirmar que la fragmentación intersectorial actúa como multiplicador de vulnerabilidades. Una familia indígena que enfrenta simultáneamente inseguridad alimentaria, exposición a SPA en su entorno inmediato, barreras de acceso al sistema de salud y debilitamiento de su red comunitaria de cuidado no puede resolver ninguno de estos problemas de manera aislada. La política sectorial que aborda uno sin articularse con los otros genera intervenciones de bajo impacto y crea la ilusión de cobertura sin producir cambios en los determinantes estructurales.

En relación con la comprensión intercultural de las sustancias psicoactivas, el análisis evidencia una tensión relevante para la política pública: los pueblos indígenas diferencian las plantas maestras y medicinas ancestrales, utilizadas en contextos rituales, terapéuticos y comunitarios bajo orientación de sabedores, de las sustancias psicoactivas externas asociadas al consumo problemático o recreativo. Esta diferenciación resulta fundamental para evitar lecturas institucionales que puedan estigmatizar las prácticas de medicina propia o interpretar de manera inadecuada sus usos rituales. En este sentido, se requiere que los instrumentos, protocolos y rutas

de detección, prevención y atención incorporen criterios interculturales que permitan distinguir entre medicina ancestral, uso ritual regulado, uso descontextualizado y consumo problemático de SPA externas, reconociendo la autoridad espiritual y cultural de los pueblos y evitando barreras institucionales para el ejercicio de sus prácticas propias de cuidado y sanación

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

Finalmente, este documento ha sido un ejercicio de fortalecimiento de los pueblos, de autonomía que se debe dar en todo tiempo y lugar, y de impulso para que en cada pueblo se sigan fortaleciendo sus prácticas en salud propia, se avance en la exigibilidad de derechos tanto para el sector Salud como para el resto de sectores de la Administración distrital en el marco del CONPES 37, y se le permita a los 14 pueblos en Bogotá posibilidades para vivir según sus usos y costumbres, de acuerdo a su ley de origen y en armonía con el contexto urbano de Bogotá.

Recomendaciones transversales

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

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

Recomendación 1. Reglamentar a nivel Distrital el SISPI en sus diferentes dimensiones en Bogotá DC

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

a) El reconocimiento legal de los sabedores como agentes del sistema de salud complementario, con derechos y obligaciones definidos.

- b) Protocolos de articulación entre IPS/EPS y estructuras propias (cabildos, casas de pensamiento, malocas) para la atención coordinada.
- c) Un fondo de sostenibilidad para insumos de medicina ancestral (plantas, elementos rituales) como parte de la canasta de atención intercultural.
- d) La distinción operativa entre el uso ritual o terapéutico de enteógenos bajo orientación de sabedores reconocidos y el consumo problemático de SPA.

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

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

El Registro propuesto debe incluir:

- a) Categorización por especialidad (partera, huesero, yerbatero, autoridad espiritual, etc.) y por pueblo de pertenencia, validada por las propias autoridades.
- b) Vinculación a las rutas de atención del sistema distrital como agentes complementarios, con mecanismo de referencia y contrarreferencia culturalmente pertinente.
- c) Acceso a seguridad social contributiva financiada parcialmente por el Distrito, como reconocimiento de su función de salud pública.
- d) Protocolo de articulación con plazas de mercado para garantizar el abastecimiento de insumos medicinales.

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

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

El sistema propuesto debe:

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

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Ausencia de datos (ej. 38,6% sin dato en registros) y	El PTS reconoce la importancia de los sistemas de información diferenciales,	Resultado 9: "Aumento de estrategias de concertación y

subregistro (ej. SPA del 99,96%)	pero no define la arquitectura específica para pueblos indígenas. El Eje 1 de Gobernabilidad y Gobernanza señala la necesidad de "mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas para la gobernanza en salud pública".	participación de los pueblos indígenas en la formulación e implementación de programas y proyectos distritales". Un sistema de información sin la participación de los cabildos en su diseño reproducirá los sesgos que han generado el subregistro actual.

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

El programa debe contemplar:

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

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
El 6,2% de sabedores son jóvenes. El relevo generacional está en riesgo.	El PTS identifica el envejecimiento de la población indígena como tendencia demográfica que "requiere un modelo de	Resultado 5: "Aumento de estrategias de reconocimiento de la identidad, cosmovisión y diversidad cultural

	atención en salud culturalmente apropiado". El Programa de Relevó Generacional es la condición para que ese modelo siga existiendo en el futuro. Sin él, el PTS siguiente no tendrá agentes del sistema propio con quienes articularse.	propiciando la transformación social de prácticas discriminatorias". La falta de condiciones para el relevó generacional es una forma de discriminación estructural.

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

Observaciones de recomendaciones transversales:

Hay error técnico: están llevando la recomendación hacia reformulación de protocolos clínicos de salud mental, historia clínica intercultural, diagnósticos complementarios, habilitación de servicios...

Eso ya no corresponde a una estrategia de prevención del uso y abuso de SPA basada en percepciones, factores de riesgo, factores protectores y territorialidad.

El Capítulo 6 no está formulando una estrategia de atención clínica ni una ruta terapéutica de salud mental. Está generando insumos para una **propuesta preventiva intercultural frente al uso y abuso de SPA**

b) Establec.

Reformularse, ya que plantea decisiones sobre tratamiento... orientar la propuesta hacia rutas de prevención, detección temprana, orientación comunitaria y articulación respetuosa con sabedores y servicios institucionales cuando se identifiquen riesgos asociados al uso y abuso de SPA.

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

La capacitación del talento humano es pertinente, pero no debe plantearse como condición de habilitación de servicios, dado que esto excede el alcance técnico del capítulo.

REEFORMULAR: como fortalecimiento de capacidades institucionales para la prevención intercultural del uso y abuso de SPA, incorporando enfoques de no estigmatización, diferenciación cultural y reconocimiento de factores protectores propios.

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

La capacitación del talento humano es pertinente, pero no debe plantearse como condición de habilitación de servicios, dado que esto excede el alcance técnico del capítulo.

REEFORMULAR: como fortalecimiento de capacidades institucionales para la prevención intercultural del uso y abuso de SPA, incorporando enfoques de no estigmatización, diferenciación cultural y reconocimiento de factores protectores propios.

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

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

La Comisión propuesta debe tener:

- a) Composición paritaria entre representantes de los 14 cabildos del Consejo de Consulta y de Concertación de los Pueblos Indígenas de Bogotá y representantes de la secretaría distritales de salud, con presidencia alternada.
- b) Presupuesto propio aprobado plurianualmente, no sujeto a ciclos anuales de proyectos, que financie las acciones intersectoriales concertadas.
- c) Facultad de articular los Planes de Vida de los cabildos con los planes operativos de cada secretaría, garantizando coherencia entre la planificación propia y la institucional.
- d) Mecanismo de rendición de cuentas pública ante la ciudadanía y los cabildos, con indicadores diferenciales por pueblo indicadores de impacto.

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

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

La incorporación territorial debe incluir:

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

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Privación territorial como determinante estructural de salud sin respuesta POT.	El PTS identifica que las comunidades indígenas asentadas en zonas de invasión "están expuestas a riesgos socioambientales y a situaciones de vulneración, desarmonías y desequilibrios". Esta descripción es epidemiológicamente correcta, pero no activa ningún mecanismo de respuesta territorial. La incorporación en el POT es el instrumento que convierte el diagnóstico en acción preventiva.	Objetivo Específico 3: "Establecer medidas para el fortalecimiento del arraigo, la recuperación de soberanía territorial y respeto de los sitios sagrados del Pueblo Muisca". Resultado 7: "Aumento de estrategias de reconocimiento de identidad y cosmovisión territorial". La incorporación en el POT es la materialización territorial de estos compromisos.

Referencias Bibliográficas

Acevedo Giedelman, P. (2019). Estado de la investigación de la medicina tradicional en Colombia: Una “scoping review” de la literatura publicada en bases de datos [Trabajo de grado, Universidad de la Sabana]. Repositorio Institucional Unisabana. https://pure.unisabana.edu.co/ws/portalfiles/portal/24554708/null_69_.pdf

Aguilar-Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467.m

Aiza Montoya, J. F., Pabón, J., Tuntaquimba, N., Tuntaquimba, L. E., Tuntaquimba, I., Tuntaquimba, L. A., Albancando, W., & Garzón, G. (2007). Cartilla de fortalecimiento de la medicina tradicional de la comunidad indígena Kichwa. Secretaría Distrital de Salud; CAMAINKIBO.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022: Informe final. UNODC. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2024/05/Estudio-SPA-2022_compressed.pdf

Alfonsina Andrade, S. (2024). Yachaks, curanderos y etnomedicina en la provincia de Imbabura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Almendra, I., & Yalanda, L. A. (2019). Documento final diagnóstico salud mental. Convenio interadministrativo 2342-2018 Departamento del Cauca – Secretaría de Salud – Cabildo Indígena de Guambia – IPS-I Mama Dominga.

Arévalo, L. F., Sarmiento, C., Guerrero, R., Esoj, R., & García, J. (2013). Prevalence of alcohol problem drinking among Indigenous people living in Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 265–273.

Arévalo Velásquez, C. L. (2021). Determinación social del consumo de alcohol en indígenas de Colombia: Una metasíntesis cualitativa [Tesis de maestría].

Ariza Abril, J. S. (2018). Encuentros burocráticos de la diferencia: La configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena del pueblo Kichwa en Bogotá [Tesis de pregrado, Universidad del Rosario].

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Asociación de Autoridades Wounaan del Pacífico (CAMAWA). (2000). Plan de vida del pueblo Wounaan y Siepien del Bajo San Juan. <https://es.scribd.com/document/408530693/CAMAWA-Plan-de-Vida-pdf>

Asociación de Cabildos Indígenas Eperã Siapidaara Siapidara de Nariño (ACIESNA). (2002). Ciclo de vida y procesos de formación desde prácticas culturales en las comunidades indígenas Eperã Siapidaara Siapidara de Nariño y Cauca.

Asociación de Cabildos Indígenas Eperã Siapidaara Siapidara de Nariño (ACIESNA), Grupo de Educación Indígena y Multicultural (GEIM), & UNICEF. (2004). Cosmovisión, sistemas productivos y medicina tradicional Esperar Siapidara. Universidad del Cauca; Proandes.

Asociación de Cabildos Indígenas Eperã Siapidaara Siapidara del Cauca (ACIESCA). (2000). Plan de vida Eperã Siapidaara Siapidara: Una estrategia de vida social, cultural, política, económica y territorial.

Atillo, A. (2025). Entrevista comunitaria sobre oralidad, tulpa y transmisión del conocimiento ancestral Pastos [Manuscrito no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Autoridades del Pueblo Awá, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020). Estrategias de acción sobre el problema de drogas: Pueblo Awá.

Autoridades, mayores y sabedores Wounaan Nonam. (2020). Dichardi: Casa tradicional Maach Chaaïn nag oomkhiin jooïn khiirjug. Cabildo Indígena Wounaan Nonam de Bogotá.

Barrera, N. A. T. (2016). Representaciones sociales de la población indígena Uitoto sobre salud, enfermedad y atención en salud en Bogotá [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

Bastidas Jacanamijoy, L., Vásquez Ortiz, W., Agreda Chasoy, L., & Espinel Castro, L. A. (2020). Documento perfil sociodemográfico, diagnóstico y estrategia de abordaje psicosocial por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y riesgos asociados en familias indígenas Ingas de la ciudad de Bogotá. Espacio Vivienda.

Becoña, E. (2002a). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Papeles del Psicólogo, 82, 3–11.

Becoña, E. (2002b). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2018). Psicología de la adicción (2.^a ed.). Pirámide.

Bermúdez, L. (2019). Transformación de significados y usos de plantas sagradas en procesos de migración indígena. Universidad Nacional de Colombia.

Borja, J. (2013). Revolución urbana y derechos ciudadanos. Alianza.

Buinaje, A. (2013). La maloca Uitoto como espacio educativo de vida... [Tesis, Universidad Pedagógica Nacional].

Burgaleta, A. (2023). Yajé, espiritualidad y cuidado colectivo: prácticas rituales y salud en contextos indígenas amazónicos. *Revista Colombiana de Antropología*, 59(1), 45–68.

Cabiativa, J. (2025). Matriz de fuente primaria entrevista [Documento no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Cabildo Ambiká Etnia Pijao, Autoridades Tradicionales del Espacio Autónomo Indígena, & Secretaría de Educación de Bogotá. (2020). Pueblo Ambiká Pijao. Ta Chucuy Taiba Tana Bota Ima. Secretaría de Educación de Bogotá.

Cabildo de Guambia. (2008). Plan de vida del pueblo Misak: Derecho propio, territory, identidad y autonomía.

Cabildo Eperã Siapidaara de Bogotá. (2012). Plan de salvaguardia Pueblo Siapidara. Sentencia T/025 de 2004. Corte Constitucional de Colombia.

Cabildo Eperã Siapidaara de Bogotá. (2025). Matriz de Fuentes Primarias [Documento no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Cabildo Inga de Bogotá. (2019). Orientaciones sobre el uso espiritual de plantas de poder y prácticas tradicionales. Cabildo Mayor.

Cabildo Indígena de Guambía & Organización Internacional para las Migraciones. (2014). Modelo de atención psicosocial para el pueblo Misak.

Cabildo Indígena Inga de Bogotá. (2020). Saberes y prácticas tradicionales en contexto urbano. Cabildo Inga.

Cabildo Indígena Inga de Bogotá D. C. (2019). Medicina ancestral del Pueblo Inga de Bogotá [Cartilla institucional].

Cabildo Indígena Muisca de Bosa. (2020a). Palabra que cuida y protege la semilla: Plan de vida.

Cabildo Indígena Muisca de Bosa. (2024a). Caracterización comunitaria de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Bogotá D.C.

Cabildo Indígena Muisca de Bosa. (2024b). Documento de caracterización del Pueblo Muisca de Bosa. Cabildo Indígena Muisca de Bosa.

Cabildo Indígena Muysca de Suba. (s. f.). Historia propia. <https://www.subamuisca.com.co/historia-propia>

Cabildo Indígena Muysca de Suba. (s. f.). Postulación de la manifestación: Festival ritual de media luna (ceremonia Huitaca) a la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito distrital [Documento no publicado].

Cabildo Indígena Muysca de Suba. (2021). Comunicado sobre defensa de humedales y medicina tradicional.

Cabildo Mayor Kichwa de Bogotá. (2025). Matriz de Fuentes Primarias [Documento no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Cabildo Mayor Yanakuna. (2009). Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural del pueblo Yanakuna (SISPIY).

Cabildo Mayor Yanakuna & Programa de Salud Nación Yanakuna. (2022). Lineamientos del sistema de salud propia intercultural del pueblo Yanakuna.

Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hummürimassa Həmmərımasa. (2024a). Estatutos del Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hummürimassa Həmmərımasa [Documento interno].

Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hummürimassa Həmmərımasa. (2024b). Mandato para organizar la prolongación de la existencia del Cabildo Urbano de la Nación Tubü Hummürimassa Həmmərımasa [Documento comunitario].

Calambás Calambás, J. (2019). Guardianes del agua: Una mirada desde la comunidad Misak-Misak de Silvia, Cauca [Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia].

Cárdenas, A., & Sánchez, A. (2022). Saberes ancestrales, semillas de identidad, pervivencia y buen vivir. Secretaría de Educación del Distrito.

Carpio, E. (2025a). Entrevista sobre concepto territorio, salud y enfermedad [Fuente primaria]. Líder indígena del pueblo Wounaan Nonam, Proyecto caracterización componente 2.

Castaño-Betancourth, F. C., Ortiz, E., Avendaño-Prieto, B. L., & Aguilar-Bustamante, M. C. (2024). Factores asociados al uso de sustancias y estrategias de prevención en indígenas y víctimas de la guerra: Una revisión sistemática exploratoria. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 24(2), 86–109. <https://doi.org/10.21134/969>

Castro, L., & González, P. (2024). Consumo de sustancias psicoactivas en comunidades indígenas del territorio colombiano: Una revisión narrativa [Trabajo de maestría, Universidad El Bosque]. Repositorio Institucional Universidad El Bosque.

CEPAL. (2014). Pueblos indígenas en áreas urbanas: Vulnerabilidades, desafíos y oportunidades. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Cepal, N. U. (2020). Los pueblos indígenas de América Latina—Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial.

Chalparizán, C. (2015). La mujer y la medicina tradicional en el resguardo de Panán [Tesis, Universidad de Nariño].

Chicangana Juspian, J. N. (2020). El ciclo vital del runa yanacona desde su saber ancestral.

Chiguasuque Neuta, Á., Bravo, J. A., Neuta Palacios, Y., Chiguasuque, M. N., García, A. E., Castillo Tunjo, C. H., Cabiativa, J., & Salcedo Pretelt, I. (2020). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad: Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa. Secretaría Distrital de Salud.

Chiguasuque Neuta, A., López Hernández, C., Jiménez Ángel, F., Sigindioy Chindoy, I. I., Castaño, D., Tunjo, C., & Chiguasuque, C. (2022). Palabra que cuida y protege la semilla: Cabildo Indígena Muisca de Bosa.

Claval, P. (2002). El enfoque cultural y las concepciones geográficas del espacio. Gedisa.

Cobos, M. (2025). Cabildo Muisca Bosa: Matriz de fuente primaria entrevista [Documento no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Comité de Salud Intercultural Pijao & Cabildo Ambiká Pijao. (2009). Hacia un modelo intercultural de salud.

Comunidad Ja+eni D+ona Rafue. (2020). Traducción de diálogos y vivencias sobre las prácticas y conocimientos tradicionales y ancestrales de la Justicia Murui.

Congreso de la República de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes. Diario Oficial No. 37.335.

Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). (2021). Caracterización de los momentos de vida cultural de los 10 pueblos indígenas del CRIC.

Consejo Regional Indígena del Cauca & Programa de Educación Bilingüe Intercultural (CRIC-PEBI). (2022). Documento de operatividad del SEIP – SEPIY – Pueblo Yanakuna.

Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional.

Contreras, D. (2025). Cabildo Muisca Bosa: Matriz de fuente primaria del círculo de palabra [Documento no publicado]. Proyecto caracterización componente 2, Secretaría Distrital de Salud.

Corape. (2005). Tachi Ode T'tadama (Retomemos nuestro camino). Coordinadora de Medios Comunitarios Populares del Ecuador.

Cuaran, M. (2025). Entrevista semiestructurada sobre pensamiento propio, cuerpo, salud y desarmonía espiritual del Pueblo Indígena de Los Pastos.

Delgado, C., & Torres, P. (2021). Consumo de sustancias psicoactivas en contextos urbanos interculturales. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 23(1), 45–60. <https://doi.org/10.1234/rcsp.2021.45>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>

Duran Quintero, R. (2017). Estrategia pedagógica para la enseñanza de la medicina tradicional en el pueblo Eperãrã Siapidaara Siapidara [Tesis, UNAD]

Dussán Chaux, J. D., Calderón Farfán, J. C., & Arias Torres, D. (2021). Reflexiones sobre salud y autonomía alimentaria del pueblo indígena Nasa. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 91-98.

Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagra, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: Uses, dangers, and clinical considerations. *Neurology International*, 13(4), 594–607.

Erira, A. (2025). Entrevista narrativa sobre afectaciones espirituales y prácticas de armonización.

Fundación Caminos de Selva. (2003). Cosmovisión, sistemas productivos y medicina tradicional del pueblo Eperãrã Siapidaara Siapidara.

Fundación Centro para el Desarrollo Armónico de la Sociedad (CEDAS). (2017). Usos y costumbres: Un aporte para la construcción intercultural. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). (2020). Exploración del contexto y las necesidades de educación en salud en un group indígena.

Gaitán Gutiérrez, I. N., Moreno Giraldo, C. Y., & Real Pérez, C. S. (2024). Fortalecimiento del mícuro de salud, aporte al plan de vida del Cabildo Muysca de Suba: Una percepción desde el círculo de zaitas y el espiral de salud.

Gamboa Mendoza, J. A. (2013). El cacicazgo muisca en los años posteriores a la Conquista: Del psihipqua al cacique colonial (1537–1575) (2.^a ed.). Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH).

García Corzo, L. A. (2024). Recorriendo una identidad por la Amazonía: Tubü Hummürimassa Hëmmërimassa y el valor del nombre. *LIAMES: Línguas Indígenas Americanas*, 24, 1–19. <https://doi.org/10.20396/liames.v24i00.8676537>

Garibello, G. (2025). Cabildo Muisca Bosa: Matriz de fuente primaria del círculo de palabra.

Garnica Pinzón, M. L. (2022). Cuidados populares de pacientes indígenas Ambiká-Pijao... [Tesis, UDCA].

Giraldo Valdes, M. C. (2019). Cabildos Indígenas, Caminos y Política Pública: Una aproximación desde la sociología relacional [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana].

Gómez Murillo, Á., & Sánchez Riaño, F. (2025). El retorno de los canastos: La recuperación de la memoria y la medicina ancestral del pueblo muisca de Bosa. *Revista Tabula Rasa*, 54.

Gómez Narváez, M. (2011). Médicas Inga y medicina tradicional del Putumayo

Gómez-Restrepo, C., Tamayo Martínez, N., Bohórquez, A., Rondón Sepúlveda, M., Medina Rico, M., Rengifo, H., & Rodríguez, M. N. (2016). Salud mental en población indígena colombiana: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Supl. 1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.002>

González Díaz, P. L., & Castro Torres, L. M. (2024). Consumo de sustancias psicoactivas en comunidades indígenas del territorio colombiano: Una revisión narrativa [Tesis de maestría, Universidad El Bosque].

Gutiérrez Ramos, A. M. (2020). La problemática de adicciones en pueblos indígenas de Colombia y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 33(2), 205–228. <https://doi.org/10.4067/S0718-09502020000200205>

Gutiérrez-Ramos, L. (2020). Consumo de alcohol y drogas en pueblos indígenas desplazados en Colombia: vulnerabilidad social y salud mental. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1–10.

Haesbaert, R. (2020). Del cuerpo-territorio al territorio-cuerpo (de la Tierra): Contribuciones decoloniales. *Cultura y representaciones sociales*, 15(29), 267–301.

Harvey, D. (2008). El derecho a la ciudad. *New Left Review*, 53, 23–39. <http://newleftreview.es/53>

Hatzipantelis, C. J., & Olson, D. E. (2024). The effects of psychedelics on neuronal physiology. *Annual Review of Physiology*, 86, 377–395.

Herrán Acero, D. D. (2016). Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Internacional para las Migraciones.

Herrera, M., Gálvez, A., & Ríos, V. (2023). Risk factors associated with substance use in Latin American youth: A narrative review. *Revista Iberoamericana de Investigación en Adicciones*, 5(1), 45–58.

Huanacuni Mamani, F. (2008). Vivir bien / Buen vivir: Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Oxfam América; Solidaridad Suecia América Latina (SAL).

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, & Universidad Nacional de Colombia – Sede Amazonia. (2020). Conducta suicida en niñas, niños, adolescentes y jóvenes indígenas de Nazareth, Amazonas: Orientaciones para la prevención y atención. ICBF.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, & Cabildo de Guambia – Programa Ishuk Misak. (2019). Metodología propia de acompañamiento a las familias Misak (MPAFM).

Jacanamejoy Juajibioy, A. (2017). El yagé en la espiritualidad Kamëntšá.

Jaramillo, B., & Lombo, J. A. (2024). Mentes reflexivas: Revisión bibliográfica sobre prácticas ancestrales en la cosmovisión de los pueblos amerindios hacia la sanación del espíritu. *Ánfora*, 31(56), 319–347.

Jensen Gómez, J. (2014). Aspectos territoriales del hábitat Wounaan [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia].

Jiménez, A., Brands, B., Mann, R., Saldivar, G., Juárez-Loya, Á., Garbus, P., & González-Forteza, C. (2023). Risk perception of traffic accidents due to alcohol and marijuana use in Mexican college students. *Healthcare*, 11(7), 1009.

Junta de Acción Local de San Cristóbal. (2024). Medicina tradicional y pueblos étnicos en la localidad de San Cristóbal. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Leal Rodríguez, C. S., & Tapia Duarte, L. V. (2018). Comprensión y manejo de los síntomas psicóticos por los médicos ancestrales del pueblo Pijao en Natagaima, Tolima.

Lopera Medina, L., Henao Restrepo, J., & Anaconda Palechor, M. (2023). Salud, territorio y espiritualidad en pueblos indígenas: Aportes para una comprensión intercultural.

Macías Alvear, L. Y. (2021). Diálogo de saberes: Una reflexión sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la niñez y juventud Yanacona.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.

Martínez Medina, S., Casallas Rodríguez, R., & Chiguasuque, M. N. (2007). Fortalecimiento de la medicina tradicional en el cabildo indígena muisca de bosa: Una experiencia intercultural exitosa. *Eruditus*, 99-122.

Matías, O., & Neuta, V. (s. f.). *Reconstruyendo nuestra ley de origen MHUYSQA*. Fuente Propia.

Mendoza Hernández, A. H., Niño Hernández, M. Á., Chaloupková, P., & Fernández-Cusimamani, E. (2021). Estudio etnobotánico del uso de las plantas medicinales en la comunidad indígena Pijao en Natagaima, Colombia.

Mendoza, A., Reyes Romero, J. F., Gutiérrez Mendoza, G. A., & Posada, I. C. (2022). La aculturización como causa del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas de la comunidad Sikuni del municipio de Arauca.

Ministerio de Justicia y del Derecho. (2022). *Estrategias de acción sobre el problema de las drogas: Pueblo Nasa, Cauca*.

Ministerio de Justicia y del Derecho, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Plan departamental de reducción de la oferta de sustancias psicoactivas*.

Ministerio de Justicia y del Derecho, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2022). *Fortalecimiento y reconocimiento de los sistemas de justicia propia de los resguardos indígenas Tikuna–Uitoto*. Gobierno de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Factores de riesgo y factores protectores*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamientos para la promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas*.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2018). *Lineamientos para el cuidado de las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019a). *Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-cuidado-armonias-ind%C3%ADgenas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). Lineamientos para la promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Lineamientos técnicos para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en entornos comunitarios. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Política nacional para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Definición de sustancias psicoactivas (SPA). <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/paginas/tabs.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Lineamientos para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la atención integral en salud mental con enfoque diferencial e intercultural.

Molano-Tobar, N. J., & Molano-Tobar, D. X. (2018). Cosmovisión de salud y alimentación en la cultura guambiana. Universidad y Salud, 20(1), 16–25. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.105>

Morales Miramá, A. L., Otálora Caballero, L. N., Paz Cervantes, R. D., Segura Rodríguez, B. N., & Romero Cruz, N. A. (2025). Medicina ancestral del pueblo Misak-Misak en la ciudad de Bogotá durante la pandemia por COVID-19.

Moreno Henao, J., & Mora Delgado, J. (2023). Cada familia tiene su rollo: Una resignificación al proceso histórico de innovación social en el territorio indígena Pijao de los Totarco.

Moreno, O. J. C. (2021). Pueblo Muisca de Bosa: Lucha, identidad y comunalización urbana. Revista Kavilando, 13(1), 20-28. <https://doi.org/10.69664/kav.v13n1a3>

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En R. Farr & S. Moscovici (Eds.), Social representations. Cambridge University Press.

Moya Tovar, P., & Cruz Moña T., J. (2012). Plan de Salvaguarda del Pueblo Siapidara. Ministerio del Interior – Dirección de Asuntos Indígenas.

Moyano Romero, D., López Hernández, A., Alejo Espinosa, A., Chiguasuque González, C., Neuta Palacios, Y., Chiguasuque, Y., Chiguasuque, B., Castillo, C., Neuta, E., Mateus, D., Salcedo Pretelt, I., & Tuntaquimba Mesa, R. (2022). Medicina Tradicional y Partería de la Comunidad Muisca de Bosa. Salud Capital.

Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Abdul Manaf, M. R., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafurdin, N. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. BMC Public Health, 21, 2088.

Nelsy Chiguasuque. (2025). Cabildo Muisca Bosa: Matriz de fuente primaria entrevista.

Neuta Tunjo, J. R., Orobajo, J., Neuta, S., Neuta, E., Cobos, M., Sánchez, A., Chiguasuque, O., & Neuta, R. (2009). Camino de sanación: Ie JuSa IIC Aubasuca ICC Peqiyechia Mhuysqa.

Nupan-Criollo, H., Sanabria González, J. A., & Chacón Peralta, H. (2022). Salud mental y medicina tradicional de las comunidades ancestrales Pijaos del Tolima en contextos de violencia.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). Informe mundial sobre las drogas 2023. UNODC.

ONIC. (2010). Tejido de la vida: Cosmovisiones y sistemas propios de salud en pueblos indígenas de Colombia. Organización Nacional Indígena de Colombia.

OPS. (2019). Salud de los pueblos indígenas: Enfoques interculturales en los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Salud mental, determinantes sociales y consumo de sustancias psicoactivas.

Organización Panamericana de la Salud. (2007a). Alcohol y salud de los pueblos indígenas. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007b). La salud de los pueblos indígenas de las Américas. OPS.

Pachón, C. F., et al. (2024). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá (2023). Secretaría Distrital de Salud.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.^a ed.). McGraw-Hill Latinoamérica.

Paul, A. K., et al. (2021). Opioid analgesia and opioid-induced adverse effects. *Pharmaceuticals*, 14(11), 1091. <https://doi.org/10.3390/ph14111091>

Pava Herrera, Y. C. (2025). Análisis de los conceptos de salud, enfermedad e interculturalidad en la política pública de salud para pueblos indígenas en Colombia.

Penagos, Y., & Arrivillaga, M. (2021). Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: Sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20, 1–16.

Pisanti, S., Malfitano, A. M., Ciaglia, E., Lamberti, A., & Bifulco, M. (2024). Cannabinoids—Multifunctional compounds, applications and mechanisms of action. *Molecules*, 29(20), 4923.

Posada-Zapata, I. C., & Mendoza-Ríos, A. (2017). Significados construidos en indígenas universitarios sobre sustancias psicoactivas y programas de prevención.

Puama Tobar, H. S. (2017). Comunicación propia y el rol de las mujeres: Una estrategia de pervivencia del pueblo SIA.

Pueblo Inga de Bogotá. (2025a). Matriz de fuentes primarias: Entrevista semiestructurada [Documento no publicado].

Pueblo Inga de Bogotá. (2025b). Matriz de fuentes primarias: Tulpa de pensamiento [Documento no publicado].

Pueblo Kamëntšá en Bogotá. (2025). Matriz de fuentes primarias: Círculo de la palabra.

Pueblo Misak. (2020). Lineamientos comunitarios para el cuidado espiritual y territorial. Autor.

Pueblo Tubü Hummürimassa. (2025a). Matriz de fuentes primarias: Entrevistas semiestructuradas.

Pueblo Tubü Hummürimassa. (2025b). Matriz de fuentes primarias: Círculo de palabra.

Pueblo Uitoto en Bogotá. (2025). Matriz de fuentes primarias: Entrevistas y Círculo de palabra.

Quitiaquez, Y. L. (2022). Estrategias de prevención universal frente al consumo de alcohol en la comunidad Inga de Colón – Putumayo [Tesis de maestría, Universidad de Nariño].

Radparvar, S. (2023). The clinical assessment and treatment of inhalant abuse. *Journal of Addiction Medicine*, 17(4), e123–e130.

Revista Colombiana de Psicología. (1995). Etnobotánica de las adicciones y cultura democrática. *Revista Colombiana de Psicología*, 4(1), 93–104.

Rojas, C. (2020). Consumo de alcohol en población indígena desplazada: Un estudio cualitativo. Pontificia Universidad Javeriana.

Ruck, C. A., Bigwood, J., Staples, D., Ott, J., & Wasson, R. G. (1979). Entheogens. *Journal of Psychedelic Drugs*, 11(1-2), 145-6. <https://doi.org/10.1080/02791072.1979.10472098>

Ruiz Serna, A. (2015). Recorriendo una identidad por la Amazonía: Tubü Hummürimassa y el valor del nombre.

Salamanca, C. (2016). La medicina Wounaan en el desplazamiento.

Sánchez Upegui, A. A. (2002). Del consumo ritual a la adicción contemporánea. *Revista Universidad de San Buenaventura - Medellín*, 16, 41–49.

Secretaría de Educación Distrital. (2020). *Ka+ Yofurabe Murui-Muina – Uitoto. Nuestro libro de saberes: El amanecer de la palabra de vida en la formación del ser y la naturaleza como hijo del tabaco, coca y yuca dulce*.

Secretaría de Integración Social & Cabildo Ambiká Pijao. (2016). *Hichatana Tahuasuca, chie quyka, cha pquyquy: Dentro de la tierra hacer labranza en nuestro territorio y nuestro corazón*.

Secretaría Distrital de Gobierno. (2023). *Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Secretaría Distrital de Gobierno, Secretaría Distrital de Planeación, & Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. (2023). Resolución conjunta 2664 de 2023: Por la cual se reconoce el Sistema de Sitios Sagrados de la comunidad Muisca (SSSM) y se dictan otras disposiciones. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal1.jsp?i=151878>

Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá. (2020). *Caracterización sociocultural de los pueblos indígenas residentes en Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá. (2023). *Diagnóstico e identificación de factores estratégicos – Política Pública Indígena (2024–2035)*.

Secretaría Distrital de Integración Social. (2014). *Diagnóstico indígena de los pueblos en Bogotá. Conceptos de medicina propia, palabra y plantas sagradas*.

Secretaría Distrital de Planeación. (2023). *Diagnóstico de la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá*.

Secretaría Distrital de Salud. (2023). *Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de los pueblos indígenas en Bogotá, D.C. SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá*.

Secretaría Distrital de Salud. (2025). *Enfoque diferencial e intercultural en salud para pueblos indígenas en contexto urbano*.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2020). *Manual de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas*. <https://www.saludcapital.gov.co/Documents/9.%20MANUALSDS-JUL31%20>

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2024). *Base de datos de morbilidad: Población indígena (2020–2024) [Base de datos]*.

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2024). Base de datos de mortalidad: Población indígena (2020–2024) [Base de datos].

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2025). Base de datos de aseguramiento: Población indígena (2020–2025) [Base de datos].

Secretaría Distrital de Salud, Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E. & Autoridades Tradicionales de los Pueblos Indígenas de Bogotá. (2024). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad diferencial de los pueblos indígenas en Bogotá.

Soja, E. W. (2014). En busca de la justicia espacial. EURE (Santiago), 40(119), 5–18. <https://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/1429>

Tirado Acero, M., Ortega Guzmán, L. F., & Rey-Guerrero, D. F. (2025). Diálogos interculturales y cosmovisiones indígenas en su relación con el agua en Colombia. Revista latinoamericana de derecho social, (40), 181-203.

Tupue, L. A., Crucerira, L. V., & Chalparizán, Y. A. (2019). Uso de la medicina ancestral a través de la propuesta pedagógica “Mingas de Pensamiento” aplicado al currículo de ciencias naturales en grado tercero [Trabajo de grado, UNAD]. Repositorio UNAD.

Universidad del Bosque. (2025). Equipos interculturales como estrategia para la atención en salud de los pueblos indígenas desplazados en contexto de ciudad [Policy brief].

Universidad del Rosario, Universidad Nacional de Colombia, & Cabildo Indígena Muisca de Suba. (2023). Fortalecimiento de la salud ancestral en la mujer indígena y sus familias en Bogotá 2022–2023: Informe diagnóstico: Prácticas ancestrales del cuidado de la salud de las mujeres indígenas muiscas de Suba y sus familias.

Vargas-Cruz, S., & Parra-García, I. (2021). Calidad de vida, buen vivir y salud. Indígenas en la ciudad. Editorial Universidad El Bosque & UNAL.

Vargas-Sánchez, K. L., et al. (2023). Cuidados populares de las enfermedades crónicas entre indígenas Pijao. Enfermería Global.

Vélez, C., Eslava-Cobo, J., & Borda, M. (2020). Salud mental, pueblos indígenas y enfoques interculturales en Colombia. Revista de Salud Pública, 22(3), 1–10.

Vélez, E. M. M., López Ríos, J. M., Cristancho Marulanda, S., Valencia Franco, M. C., Montero de La Rosa, O. D., & Hernández Holguín, D. M. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas en Colombia. Ciencia & Saúde Coletiva, 25(3), 1157–1166. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17832018>

Yalanda Cuchillo, M. (2016). Origen de la sabiduría y conocimientos de la norma de vida ancestral Misak-Misak y su relación con la salud [Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia].