CAPÍTULO - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Introducción

El presente documento constituye un insumo técnico y político orientado a fortalecer la formulación, adaptación y ejecución de políticas públicas en salud dirigidas a los pueblos indígenas residentes en Bogotá, D.C., desde un enfoque diferencial e intercultural. A partir de un diálogo horizontal de saberes, el proceso de caracterización 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 apuntan a 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 Chajuá (calor). En contraste, la enfermedad es entendida como el desequilibrio o la desarmonía entre estos elementos y que trasciende lo físico e individual, impactando el cuerpo, el pensamiento, las emociones, la comunidad y la naturaleza; 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, limpias, 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 multiples violencias urbanas y la limitación de espacios propios de socialización, producen estados de animo 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, Benkh~~uu~~n - 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 limpias. 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 irreemplazables, 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.

<u>Recomendaciones</u>

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 dirigida especialmente a adolescentes y jóvenes, reconociendo su mayor exposición a dinámicas urbanas, presión de pares y procesos de construcción identitaria. Esta estrategia debe alejarse de enfoques punitivos y orientarse al fortalecimiento del proyecto de vida con identidad, la revitalización cultural, el arte, el deporte y el liderazgo juvenil. Estas acciones deberán fundamentarse en la gobernanza propia, la participación de mayores y sabedores, la transmisión intergeneracional de saberes y la protección de los espacios comunitarios como escenarios de cuidado, orientación y prevención.

2. Recuperación y resignificación territorial de entornos de riesgo

Se recomienda fortalecer procesos de recuperación y resignificación territorial de los entornos identificados como de mayor riesgo, reconociendo que el consumo problemático no se concentra de manera abstracta, sino en espacios específicos del territorio urbano como parques, corredores comerciales, bordes urbanos, zonas de tránsito y áreas cercanas a equipamientos comunitarios. Estas acciones deben orientarse a transformar dichos escenarios en nodos de cuidado comunitario, mediante la apropiación cultural del espacio, la presencia organizada de la comunidad, la activación de prácticas protectoras y la articulación institucional no punitiva. En este sentido, la recuperación territorial debe priorizar el fortalecimiento de casas cabildo, casas de pensamiento, chagras, huertas, parques, zonas verdes y espacios de encuentro como escenarios de protección, armonización y prevención frente al uso y abuso de SPA.

3. Diferenciación cultural y no estigmatización de la medicina ancestral

Se recomienda fortalecer los protocolos institucionales y comunitarios para garantizar una diferenciación clara entre la medicina propia y el uso ritual regulado de plantas ancestrales, el uso descontextualizado de dichas prácticas fuera de sus marcos culturales, y el consumo problemático de sustancias psicoactivas externas. Esta diferenciación debe construirse con participación de

CONFIDENCIAL

autoridades indígenas, mayores, sabedores y médicos tradicionales, reconociendo la autoridad espiritual y cultural de los pueblos en la orientación de sus prácticas de sanación. Lo anterior permite evitar estigmatización, falsos diagnósticos o intervenciones inadecuadas, y favorece una articulación respetuosa entre los sistemas propios de cuidado y la oferta institucional en salud.

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 curso de vida y fortalecimiento del cuidado intergeneracional

Se recomienda consolidar una estrategia de prevención diferencial según curso de vida, reconociendo que la exposición al uso y abuso de SPA, así como los factores de riesgo y protección, no se expresan de la misma manera en todas las etapas. En la infancia, las acciones deben orientarse al fortalecimiento de la identidad cultural, la crianza protectora, el vínculo familiar y la transmisión temprana de saberes propios. En la adolescencia y juventud, se requiere priorizar la prevención frente a la exposición urbana, la presión de pares, la normalización del consumo y la construcción de proyectos de vida con identidad. En la adultez, la estrategia debe considerar las cargas socioeconómicas, las responsabilidades familiares y los consumos normalizados, especialmente asociados al alcohol. En la adultez mayor, se debe reconocer y fortalecer el rol de mayores y sabedores como referentes de memoria, orientación, regulación comunitaria y transmisión intergeneracional de saberes.

La no implementación de estas recomendaciones profundizaría las condiciones estructurales, comunitarias y territoriales que favorecen el uso y abuso de sustancias psicoactivas en contextos indígenas urbanos. En ausencia de estrategias de prevención identitaria y comunitaria, se debilitarían los procesos de pertenencia cultural, construcción de proyectos de vida y transmisión intergeneracional de saberes, especialmente en adolescentes y jóvenes. Asimismo, si no se fortalecen los procesos de recuperación y resignificación territorial, continuarían consolidándose

CONFIDENCIAL

entornos de riesgo asociados al consumo, expendio, microtráfico e inseguridad, limitando su transformación en espacios de cuidado, protección y apropiación comunitaria.

De igual manera, la falta de diferenciación entre medicina ancestral, uso ritual regulado, uso descontextualizado y consumo problemático de sustancias externas podría generar estigmatización de las prácticas propias, intervenciones inadecuadas y debilitamiento de los sistemas comunitarios de cuidado. A su vez, la ausencia de una gobernanza intercultural real profundizaría la desconfianza entre comunidades e institucionalidad, reduciría la pertinencia de las acciones preventivas y mantendría respuestas fragmentadas frente al fenómeno. En este sentido, las recomendaciones formuladas buscan orientar una propuesta de prevención del uso y abuso de SPA basada en las percepciones propias, los factores de riesgo, los factores protectores y las territorialidades identificadas en el Capítulo 6.

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 territorio 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.

CONFIDENCIAL

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.

CONFIDENCIAL

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, incomprensión 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 dificilmente 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

CONFIDENCIAL

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.

CONFIDENCIAL

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:

a) Incluir variables de identificación por pueblo (no solo por "étnia"), cruzadas periódicamente con los registros censales de los 14 cabildos del Consejo de Consulta y de Concertación de los Pueblos Indígenas de Bogotá.

b) Reconocer y registrar las atenciones realizadas por sabedores en el marco del SISPI, con nomenclatura de diagnóstico propia validada por cada pueblo.

c) Generar perfiles epidemiológicos individualizados por pueblo al menos bienalmente, como insumo obligatorio para la planeación de acciones diferenciales.

d) Ser interoperables con los sistemas de información de los cabildos, bajo gobernanza compartida y con consentimiento informado colectivo para el uso de los datos.

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

	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".	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:

a) Becas de sostenimiento para jóvenes indígenas en proceso de formación como caminantes, que compensen el costo de oportunidad frente al mercado laboral urbano.

b) Espacios físicos adecuados (malocas, tambos, jardines medicinales en sedes de cabildos) financiados por el Distrito como infraestructura de salud pública.

c) Reconocimiento curricular del proceso de formación ancestral en el sistema educativo distrital, en coordinación con la Secretaría de Educación.

d) Fondo de insumos medicinales gestionado por los cabildos para garantizar que los jóvenes en formación accedan a las plantas y materiales necesarios para su aprendizaje.

Problema estructural	**Soporte en PTS 2024–2027**	**Soporte en CONPES - 37**
El 6,2% de sabedores son jóvenes. El relevo generacional está en riesgo.	El PTS identifica el envejecimiento de la población indígena como tendencia demográfica que "requiere un modelo de atención en salud culturalmente apropiado".	Resultado 5: "Aumento de estrategias de reconocimiento de la identidad, cosmovisión y diversidad cultural propiciando la transformación social de prácticas

	El Programa de Relevo Generacional es la condición para que ese modelo siga existiendo en el futuro. Sin él, el PTS siguiente no tendrá agentes del sistema propio con quienes articularse.	discriminatorias". La falta de condiciones para el relevo generacional es una forma de discriminación estructural.

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

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**

La incorporación de categorías diagnósticas propias en la historia clínica intercultural excede el alcance del producto REEMPLAZAR: por el reconocimiento de comprensiones propias sobre armonía/desarmonía como insumos para orientar acciones preventivas y de acompañamiento comunitario frente al uso y abuso de SPA.

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.

CONFIDENCIAL

c) Capacitar obligatoriamente al talento humano de las IPS que atienden población indígena en las concepciones de salud mental de cada pueblo,

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.

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,	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

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

CONFIDENCIAL