

CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

Situación en salud del pueblo indígena U'wa en el departamento de Arauca

JUNTA DIRECTIVA

DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA

Presidente

NORMA YAZMIN GARCIA

Vicepresidente

IMER SALAS RODRIGUEZ

Secretario General

LUIS ALEJANDRO PERICO SALON

Tesorero



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

ALBEIRO PAREDES CASTILLO

Fiscal

RENE DELGADO

Vocal

OMAR MALPICA

Vocal

MARIO LAMUS CIBARIZA

Vocal

EQUIPO PROPIO COMUNITARIO

RAMON GARCIA COBARIA

Gobernador de Calafitas II

LEINNY DARIANNY ROSELLIA LEAL SALAZAR



Gobernadora de Uncacia

RAMIRO DIAZ PEREZ

Gobernador de Calafitas I

MILTON VARGAS ROMERO

Gobernador de San Miguel

Resguardo Valles del Sol

MARCOS RAMIREZ RAMIREZ

Gobernador de Chivaraquía

Resguardo Valles del Sol

YORDAN MANUEL VEGA TAMARAN

Gobernador de Uncaria

Resguardo Valles del Sol

ENIASO BALBINO BOCOTA COBARIA

Gobernador de Playas de Bojaba



Resguardo de Playas de Bojaba

DUMAR VARGAS ROMERO

Gobernador de Cibariza

Resguardo Cibariza

Gobernador de Laguna Tranquila

Resguardo Laguna Tranquila

NANCY FUENTES PARALES

Gobernador de Angosturas

Resguardo de Angosturas

CARLOS ANDRES ANAVE

Gobernador de Cerro Cristal

WILSON SALON COBARIA

Gobernador de Sabanas de Curipao



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

EQUIPO DE SABIOS

JOAQUIN SALON

Sabanas de Curipao

WILSON BENIN MARTINEZ ROMERA

Cibariza

PEDRO ANTONIO ARENAS

Cibariza

ROSALBA FUENTES CALAFITAS

Angosturas

SIMON PEDRO ZARAZO

Calafitas II



RODRIGO PEREZ PEREZ

GULLERMO UNCARIA TEGRIA

Calafitas I

LATICIA ARENAS

San Miguel

TIRZO IBARRA

Chivaraquía

RAFAEL UNCARIA

CATALINA UNCARIA

FRANCISCO UNCARIA

Uncaria

CUADRACO BOCOTA BOCOTA

Playas de Bojaba



EQUIPO PROFESIONAL

CARLOS ALBERTO SANCHEZ

Coordinador

LORENA VARGAS

Profesional Financiero

OLGA MARCELA CRUZ

Profesional en Derecho

JOSE MIGUEL SOTO TEGRIA

Tecnólogo en Gestión Empresarial

MARLY JOHANA ALVARADO

Secretaria técnica y contable



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

JESSICA FERNANDEZ

Profesional Social

JAVIER FELIPE AYALA MUÑOZ

Profesional de la Salud ESP en Epidemiologia

DIEGO LAZARO

Ingeniero topógrafo/sistemas

LUIS ALEXI GUERRA

Profesional en Medicina

LISETH JULIANA VARGAS

Profesional en enfermería

JAIME OMAR GARCIA

Profesional en Nutrición

JADANIEL VANEGAS CASTRO



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

Lic. en artes de los medios de Comunicación Audio Visual

ANGELA DELGADO

Profesional en Psicología

WILLIAM SALON

Auxiliar en enfermería

RUBY CARVAJAL

Profesional en Administración

OMAR LOMBANA

Economista

EXPERTO INDIGENA EN SALUD INDIGENA PROPIA

LUIS EMILIO LOPEZ

ROSALBA FUENTES CALAFITAS



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

LUCIA TARAZONA

JOSEFINA CRISTANCHO

LIDER INDÍGENA

JUAN CARLOS TAMARAN COBARIA

DINAMIZADOR – TRADUCTOR INDIGENA

FERNANDO ANAVE ANAVE

ANTONIO CRISTANCHO UNCARIAS

ASESORES EXTERNOS



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

ORGANIZACIÓN NACIONAL INDIGENA DE COLOMBIA – ONIC

JOHNNY JEFFERSON RAMIREZ

Salud Occidental y Medicina Tradicional

CARLOS ARTURO MARTINEZ CIBARIZA

Subcomisionado de Salud Orinoquia Colombiana – ONIC

COMISION DE SALUD ARAUCA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN

MARITZA ISAZA GÓMEZ

Jefe Oficina de Promoción Social

Supervisora

CARLOS AUGUSTO LOZADA REINOSO



CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-1578-2025 SUSCRITO ENTRE L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA – ASCATIDAR.

Asesor en Funciones de coordinador Grupo de Asuntos Étnicos

Oficina de Promoción Social

EDISON MUYUY OJEDA

Profesional Grupos de Asuntos Étnicos

Oficina de Promoción Social



Contenido

1. Introducción 18

2. Justificación 20

3.1. Objetivo general 20

3.1.1. Objetivos específicos 21

4. Metodología 21

5. Caracterización socio cultural. 26

5.1. Aspectos culturales del pueblo indígena u'wa. 26

5.1.1. Medicina Tradicional del Pueblo U'wa 26

5.1.2. Características de la Medicina Tradicional 28

5.1.3. El Werjayá y la Medicina Espiritual 28

5.1.4. Sabedores ancestrales y autoridades tradicionales en salud 29

5.2. Uso De Plantas Medicinales 31

5.2.1. Yopo: Planta Vital dentro de la Medicina U'wa 31

5.2.2. Plantas, Animales y Saberes Cotidianos 31

5.2.3. Diagnóstico, tratamientos y espacios de rituales 32



6. Aspectos territoriales: ubicación geográfica y ambiental 40

7. Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional 62

7.1. Caracterización del Estado de Salud desde lo propio. 62

7.4. Factores protectores de la salud desde lo propio 80

7.8. Tensiones contemporáneas que afectan la medicina tradicional 100

7.9.1. Movilidad Forzada. 100

7.12. Establecimiento de bocatomas para acueductos regionales y municipales 102

7.14.1. Extracción de madera 104

7.14.2. Labores agro-pastoriles 105

7.14.3. Extinción y desplazamiento de especies faunísticas 105

8. Conclusiones 132

8.1. Priorización de eventos según impacto (Año 2025) 132

8.1.1. Prioridad Alta 132

8.1.2. Prioridad Media 133

8.1.3. Prioridad Baja (vigilancia sostenida) 133

8.2. Morbilidad y mortalidad materna 134

8.3. Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar 135

8.3.3. Recomendaciones estratégicas generales 136



Referencias 148

Lista de tablas

Tabla 1. Plantas utilizadas en la medicina tradicional..... 32

Tabla 2. Resguardos indígena U´wa departamento de Arauca, 2025. 48

Tabla 3.Localización de los resguardos indígenas U´wa departamento, Arauca.... 49

Tabla 4. Características del territorio y accesibilidad a los resguardos indígenas departamento Arauca 2025. 50

Tabla 5. Resultados consolidados censos poblacionales 1905-2018, Colombia Arauca. 51

Tabla 6. Censo Indígena según registros comunitarios pueblo U'WA, según comunidad y resguardo, Arauca 2018 - 2025. 53

Tabla 7. Distribución según ciclo vital pueblo U´wa departamento de Arauca, censo comunitario de 2025 56

Tabla 8. Índices demográficos pueblo U´wa según registros censales 2018-2025 58

Tabla 9. Comparativos índices de fecundidad entre poblaciones según fuentes censales 2005-2025 61



Tabla 10. Factores de desequilibrio y desarmonía en la salud-enfermedades propias. 69

Tabla 11. Talento humano en salud residente de las comunidades U´wa visitadas, Arauca 2025. 83

Tabla 12. Consolidado de talento humano en salud indígena residente en las comunidades U´wa visitado, departamento Arauca 2018, ... 96

Tabla 13. Principales problemas del territorio y salud de las comunidades U´wa en Arauca 2025. 106

Tabla 14. Comparativo condicionantes índice de pobreza multidimensional población indígena Colombia-Arauca 115

Tabla 15. Afiliación al SGSSS según EAPB 2025. 118

Tabla 16. Principales problemas en salud mental y sus respectivas causas. 125

Tabla 17. Morbilidad por eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA 129

Tabla 18. IPS públicas presentes en el territorio - 2025 139



Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Pirámide Poblacional según censo pueblo U´wa, departamento de Arauca, 2025. 57

Ilustración 2. Tipos de enfermedad del pueblo U´wa. 66

Ilustración 3. Trabajo de campo de los factores de desequilibrio, enfermedades propias 80



1. Introducción

El presente documento muestra la situación en salud del pueblo U´wa, a partir de diferentes aspectos como los son la cultura, el territorio, su organización, localización, climatología, demografía, entre otros.

Se denota como el proceso de interacción entre la comunidad indígena y la población que colonizo el territorio del Sarare conllevo cambios en sus dinámicas propias, como lo es la normalización de la propiedad privada, el consumo de productos occidentales, la inserción de un sistema de creencias diferente al étnico, implementación de planes educativos con visión diferente a la cosmovisión indígena, ha generado cambios sustanciales en la forma de interactuar de las comunidades y por lo tanto afectación en la salud, ya que, los U´wa cuentan con un sistema de salud que corresponde a un trasegar histórico.



También se describe su organización a partir de clanes según se plantea en su tradición oral, los cuales, habitan desde su origen las tierras altas, medias y bajas. Sus viviendas que se construían con palma y madera, dispersas, ocupadas por núcleos familiares, lo que evidenciaba una ocupación territorial amplia y no concentrada. Las normas de convivencia y comportamiento se regían por acuerdos comunitarios fundamentados en principios mágico-religiosos, orientados al control social, la resolución de conflictos y el mantenimiento del equilibrio colectivo.

El territorio ancestral abarcó aproximadamente 1.400.000 hectáreas, extendiéndose por los actuales departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Casanare y Arauca, con prolongaciones hacia el piedemonte de la Sierra de Mérida en Venezuela. En el departamento de Arauca, este territorio comprendía principalmente los municipios de Tame, Fortul y Saravena, ubicados en el piedemonte llanero de la cordillera Oriental. Como resultado de procesos históricos de colonización, reducción territorial y presión externa, en la actualidad el pueblo U'wa conserva cerca de 200.000 hectáreas, lo que representa aproximadamente el 14 % de su territorio original.

El territorio U'wa cumple funciones sociales, espirituales, productivas y culturales que articulan a la comunidad en torno a actividades comunes, sustentadas tanto en las potencialidades como en las limitaciones del entorno. Por ello, el territorio debe ser comprendido como un espacio definido y caracterizado en sus componentes físicos, biológicos y simbólicos, con el cual se mantiene una relación de respeto y equilibrio basada en la Ley de Origen.

Su pirámide poblacional presenta una estructura expansiva, caracterizada por una base ancha y una disminución progresiva de los grupos de edad hasta el intervalo de 20 a 24 años, seguida de un descenso marcado de la población adulta y adulta mayor.

Por otro lado, no se cuentan con datos oficiales que permitan establecer la estructura por edad y sexo (pirámide poblacional) de la población indígena del departamento de Arauca a partir del Censo DANE 2005. Asimismo, el DANE no realiza proyecciones demográficas específicas por grupo étnico posteriores al Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, lo cual limita el análisis demográfico actualizado y obliga a recurrir a censos comunitarios como fuente primaria de información. Para el presente estudio se utilizó el censo comunitario, cuya



administración y depuración se encuentra a cargo de gobernadores y cabildos indígenas. La distribución de habitantes por comunidad y resguardo

2. Justificación

El estado colombiano es el garante de la salud para los diferentes pueblos indígenas, por lo tanto, crea el marco normativo correspondiente, para ello se plantea la ley 480 del 2025 que establece el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI con sus correspondientes referentes normativos, en tal sentido cada comunidad indígena debe avanzar en el proceso de esquematización de un modelo propio que tome en cuenta su sistema de creencias y su forma de relacionarse con el entorno, al igual que la aplicación de las diferentes formas de medicina que se han venido fundamentando con el pasar de los años de acuerdo a su tradición oral.

Para poder desarrollar el modelo de salud propia desde la comunidad indígena U´wa se da conocer la situación actual de la salud en dicha comunidad, por lo tanto, se muestra la percepción sobre como conciben la salud, enfermedad, muerte, vida, concepto de sabedores ancestrales, qué es la salud indígena y la no indígena, qué es la ley de origen y complementariedad del cuidado de la salud y el buen vivir, se logra conocer las enfermedades propias y su relación con el ciclo de vida, se identifican factores de desequilibrio y desarmonía en la salud, en el marco de la medicina propia, al igual que factores protectores de la salud desde lo propio, también se muestran las afectaciones en la salud física y/o equilibrio espiritual, causadas por diferentes formas de violencia y conflictos internos y externos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Identificar la situación en salud del pueblo indígena U’wa en el departamento de Arauca.



3.1.1. Objetivos específicos

- Describir la situación en salud del pueblo indígena U´wa desde su sistema de creencias
- Examinar la situación en salud del pueblo indígena U´wa desde el sistema general de seguridad social en salud
- Estimación de las necesidades de talento humano en salud acorde con los requerimientos del SISPI

4. Metodología

La construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI del Pueblo U'wa en el departamento de Arauca se desarrolla mediante una metodología profundamente participativa, espiritual e intercultural, orientada por los principios que establece la Guía Metodológica del Ministerio de Salud, pero ajustada a la realidad territorial, organizativa y cultural de los resguardos U'wa presentes en el departamento y articulados a través de ASCATIDAR, como su autoridad legítima. El proceso se concibe como un camino que integra el saber ancestral guiado por los Werjayás, la experiencia de las autoridades comunitarias y el aporte técnico de los equipos de salud y entidades institucionales, en una dinámica de diálogo respetuoso entre sistemas de conocimiento.

La metodología inicia con una etapa de alistamiento en la cual se conforma el Equipo Motor U'wa del SISPI, integrado por autoridades tradicionales, sabedores, jóvenes formados en procesos propios y técnicos con experiencia en salud intercultural. Esta fase incluye la preparación espiritual del territorio mediante rituales de armonización, la construcción colectiva del cronograma y la definición de la ruta de trabajo, así como la primera articulación con instituciones como la UAESA, las alcaldías municipales pertinentes y otras entidades con presencia en el área. El propósito es garantizar que el proceso nazca en equilibrio, con orientaciones claras y con una coordinación respetuosa entre la gobernanza U'wa y los actores externos.

Posteriormente se desarrolla un diagnóstico participativo que constituye el corazón metodológico del proceso. Este diagnóstico combina herramientas comunitarias como círculos de la palabra, mingas, cartografía social, líneas de tiempo históricas y análisis territoriales guiados por los sabedores, con técnicas institucionales de



análisis de oferta y barreras de acceso. Aquí se reconstruye la situación espiritual del territorio, las prácticas actuales de medicina tradicional, la organización del cuidado comunitario, las afectaciones territoriales y ambientales, las dinámicas de salud familiar, materna, infantil y juvenil, así como los factores socioculturales que inciden en la pervivencia del pueblo. Este ejercicio permite reconocer riesgos, fortalezas y oportunidades desde la cosmovisión U'wa, y se complementa con un diálogo directo con las instituciones responsables de la salud en el departamento.

Con base en los insumos del diagnóstico, se adelanta la etapa de diseño de los componentes del SISPI. A través de talleres comunitarios y encuentros con los Werjayás, se estructuran progresivamente los contenidos del componente político-organizativo, el componente territorial y de pervivencia, el componente de cuidado espiritual y medicina tradicional, el componente de articulación intercultural con el sistema de salud, el componente de formación y gestión del conocimiento y, finalmente, el componente de seguimiento y sostenibilidad. En estos espacios se establecen funciones, rutas, responsabilidades, términos de relacionamiento institucional, roles de los sabedores y mecanismos de coordinación entre la autoridad U'wa y las entidades externas. Todo el diseño se realiza con una perspectiva espiritual, garantizando que las decisiones sean orientadas y validadas desde el pensamiento y equilibrio que enseñan los mayores.

Una vez elaborados los componentes, se realiza la fase de concertación y validación. Este es un momento esencial, ya que la palabra final sobre la pertinencia y legitimidad del SISPI la tienen los Werjayás, caciques y autoridades de cada resguardo. En asambleas amplias se presentan los contenidos, se analizan las propuestas, se incorporan ajustes y se emiten las recomendaciones espirituales necesarias. Tras este ejercicio, ASCATIDAR realiza la validación formal del documento, respaldándolo como instrumento legítimo del Pueblo U'wa en el marco de su autonomía y gobierno propio. Esta validación suele estar acompañada de rituales de cierre que simbolizan la aprobación espiritual del camino recorrido.

Con la validación comunitaria asegurada, se avanza a la articulación interinstitucional para la implementación. En esta etapa se establecen acuerdos concretos con la UAESA como autoridad sanitaria, con las alcaldías pertinentes, con las IPS que operan en el territorio y con entidades como el ICBF, el SENA, el Ministerio de Salud y otras instancias sectoriales. Se definen rutas de atención interculturales, protocolos de ingreso y participación del Werjayá en los procesos de



atención en salud, responsabilidades administrativas y financieras, y compromisos para fortalecer la capacidad del SISPI en el departamento.

Finalmente, la metodología contempla un proceso de divulgación comunitaria para asegurar la apropiación social del SISPI. Se desarrollan jornadas de socialización,

materiales pedagógicos bilingües, procesos formativos interculturales para personal de salud y talleres comunitarios con mujeres, familias, jóvenes y mayores. Del mismo modo, se establece un mecanismo permanente de seguimiento y evaluación intercultural, que integra indicadores técnicos del sistema de salud con indicadores espirituales, territoriales y comunitarios definidos por el Pueblo U'wa. Este sistema de seguimiento permite valorar el avance del SISPI, identificar necesidades de fortalecimiento y garantizar la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

Toda la metodología se fundamenta en principios que orientan el camino: la autoridad espiritual del Pueblo U'wa, la protección del territorio como base de la salud, la complementariedad entre sistemas de conocimiento, la confidencialidad de los saberes tradicionales y el respeto a la autonomía y a la palabra de los Werjayás. De esta manera, el proceso metodológico no solo construye un documento, sino que fortalece la pervivencia cultural, la cohesión comunitaria y el camino de vida que el Pueblo U'wa ha defendido desde su origen.

Este documento ha sido elaborado según los lineamientos técnicos contemplados en la Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción del ASIS (Ministerio de Salud) y sus respectivos anexos; pretendiendo caracterizar, medir y explicar el proceso salud-enfermedad de la población indígena U'wa asentada en el Departamento de Arauca, incluyendo los problemas de salud, así como sus determinantes. Se hace énfasis en la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como las posibles intervenciones.

El análisis se relaciona con 13 comunidades que hacen parte del pueblo U'wa residentes en 3 de los 7 municipios de Arauca. Las fuentes que proveen información están constituidas por: Documentos Oficiales, Documentos Técnicos Institucionales, Bases de Datos del Sector Salud y datos obtenidos de fuentes primarias durante el desarrollo del trabajo de campo.



Para el acceso a documentos oficiales e institucionales se recurrió al derecho de petición y a búsquedas en portales oficiales. Para el trabajo de campo, se realizó concertación previa con los Gobernadores, Cabildos y Autoridades Tradicionales y se visitó cada una de las comunidades referenciadas.

El Trabajo de Campo se realizó entre los meses de agosto y octubre de 2025 (con un periodo de suspensión de 30 días entre septiembre y octubre por motivos de orden público y ayunos del Pueblo U'wa), realizando desplazamientos por vía terrestre; cuyo objetivo fue recolectar información de diversa índole, empleando técnicas cualitativas y cuantitativas.

El equipo de campo estuvo conformado por:

- Coordinador.
- Profesional Financiero
- Profesional en Derecho
- Tecnólogo en gestión empresarial.
- Profesional en Administración
- Economista
- Secretaría técnica y contable
- Profesional social.
- Epidemiólogo
- Asesor externo SISPI
- Ingeniero topográfico



- Profesional en Medicina.
- Experto indígena en salud propia (3)
- Profesional en Enfermería
- Profesional en nutrición
- Profesional en psicología
- Licenciado en artes de medios de comunicación
- Líder indígena
- Auxiliar en salud pública
- Dinamizador/ traductor indígena (3)

A continuación, se relacionan las fuentes de información consultadas:

- ✔ **Autoridades Indígenas:** Encuentros de conversatorios y entrevistas
- ✔ **DANE**: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- ✔ **BDUA**: Base de Datos Única de Afiliados (al Sistema General de Seguridad Social en Salud).
- ✔ **REPS**: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- ✔ **SIVIGILA**: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
- ✔ **RUV**: Registro Único de Víctimas.
- ✔ **RIPS**: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.



- ✔ **RLCPD**: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
- ✔ **CAC**: Cuenta de Alto Costo.
- ✔ **INCODER**: Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (actualmente sus funciones fueron asumidas por otras entidades tras su liquidación).
- ✔ **SISPRO**: Sistema Integral de Información de la Protección Social.

5. Caracterización socio cultural.

5.1. Aspectos culturales del pueblo indígena u'wa.

5.1.1. Medicina Tradicional del Pueblo U'wa

Entre las expresiones culturales que sostienen la vida del pueblo U'wa, la medicina tradicional ocupa un lugar profundo y sagrado. Para la comunidad, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que es el resultado del equilibrio entre la persona, su espíritu, su familia y el territorio. Las prácticas de curación están inseparablemente unidas a la cosmovisión y a la relación que los U'wa mantienen con los seres visibles e invisibles del universo. Un mayor de la comunidad expresó en una conversación nocturna alrededor del fogón que "cuando una persona se enferma, no es solo su cuerpo el que sufre; es que algo en su camino se desacomodó. Nuestro deber es ayudarle a encontrar otra vez su sitio en el orden de Sira" (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

En el centro de este sistema se encuentra el Werjayá, la autoridad espiritual encargada de interpretar el mundo más allá de lo que los ojos pueden ver. Su conocimiento no proviene únicamente del aprendizaje académico formal, sino de años de preparación ritual, aislamiento, cantos y comunicación con los seres originarios del universo. Los Werjayá menores o aprendices lo acompañan, y son quienes con frecuencia atienden los primeros malestares que se presentan en la comunidad; en palabras propias del saber tradicional:

"Nosotros no aprendemos solo mirando. Aprendemos escuchando el bosque, escuchando a los ancianos, escuchando a los espíritus que hablan cuando uno toma las plantas sagradas" (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).



A pesar de estas jerarquías especializadas, la primera atención suele darse en el hogar, donde cada familia dispone de saberes que han circulado por generaciones: uso de plantas medicinales, infusiones, baños y rezos que ayudan a aliviar molestias cotidianas y mantienen un papel preventivo de la salud colectiva (OMS, 2016).

El proceso diagnóstico que realiza el Werjayá es profundo y se adentra en varias dimensiones. Una parte consiste en reconstruir hechos concretos: qué comió el paciente, la procedencia de los alimentos, si hubo descuido en su preparación, qué actividades realizó y si se incurrió en alguna falta frente a las normas culturales. La otra parte es de orden espiritual y requiere el uso de plantas sagradas con las cuales el Werjayá busca la raíz invisible del mal. Como afirmó un anciano durante una ceremonia: “La enfermedad puede venir del viento, de un pensamiento malo, de un conflicto en la familia o de un espíritu que se enoja. Eso no lo ves con tus ojos; eso lo ves con el corazón, cuando Sira te deja ver” (Pueblo U’wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Cuando la enfermedad es grave, el proceso de sanación adquiere una dimensión ceremonial. Para estos casos se construye una choza especial, apartada del movimiento cotidiano de la comunidad. Allí, el paciente permanece bajo la vigilancia constante del Werjayá mayor. El silencio, la penumbra del bosque y el aroma de las plantas medicinales crean un ambiente que favorece la sanación. Se aplican técnicas como soplos, baños rituales, ayuno y restricciones estrictas. Un Werjayá explicó este tipo de tratamiento diciendo:“En esa choza, el enfermo no puede recibir visitas, no puede tocar a nadie. Está entre dos mundos, y cualquier ruido o palabra puede confundir al espíritu que estamos llamando para que regrese a su lugar”. (Pueblo U’wa – Autoridades tradicionales, 2025).

En este espacio ritual, todos los alimentos son purificados por el Werjayá antes de ser consumidos, ya que cualquier elemento externo podría interrumpir el proceso espiritual de sanación. Al concluir el tratamiento, la choza ritual es destruida en un acto cargado de simbolismo y respeto. Este gesto simboliza el cierre del ciclo terapéutico. Los U’wa consideran que los malos espíritus o energías expulsados durante el proceso quedan adheridos a los materiales de la choza —madera, hojas y tierra— y su destrucción es interpretada como la liberación de la comunidad de su presencia. Según explican: “Cuando la persona está sana, la choza ya no sirve. Allí quedaron los espíritus que enfermaban. Si la dejamos en pie, ellos buscan a otro. Por eso la tumbamos, para que la enfermedad no siga caminando” (Pueblo U’wa – Autoridades tradicionales, 2025). Así, la medicina tradicional U’wa no solo cura cuerpos: restablece el orden del mundo y asegura que la vida continúe en equilibrio.

Con la llegada de los colonos se introdujeron nuevas enfermedades, muchas



asociadas a la contaminación territorial y a actividades extractivas, especialmente la explotación petrolera, las cuales han alterado patrones de salud tradicional y representan riesgos para el estilo de vida U'wa. La comunidad percibe como amenazas a la salud el consumo de alimentos industrializados, aguas tratadas y productos agrícolas con agroquímicos, recurriendo en estos casos a medicina externa para complementar la atención de patologías introducidas desde fuera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El debilitamiento de la medicina propia se relaciona con la pérdida de capacidad de algunos Werjayá para atender complicaciones recientes y la ausencia de elementos medicinales y espirituales (plantas medicinales), así como con el debilitamiento cultural y la problemática territorial. Adicionalmente, se ha observado que ciertos Werjayá han comenzado a cobrar elevados honorarios por la atención, contraviniendo los principios de la medicina tradicional como conocimiento ancestral colectivo y sagrado (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

5.1.2. Características de la Medicina Tradicional

Para el pueblo U'wa, la medicina tradicional ocupa un lugar central en la vida comunitaria. No se concibe como un conjunto aislado de técnicas curativas, sino como una expresión profunda de la relación entre las personas, el territorio, los seres espirituales y la memoria ancestral. La salud no se reduce a lo físico, sino que se entiende como un estado de equilibrio entre el cuerpo, el pensamiento, la comunidad y la naturaleza; cuando uno de estos elementos se fractura, surge la enfermedad (OMS, 2016).

En las zonas más internas del territorio, donde el Uw'aka sigue siendo la lengua cotidiana, el sentido espiritual de la salud está más arraigado. Allí, la interpretación de malestares se da alrededor del fogón con la participación de mayores y mayoras que analizan hechos recientes, sueños, alimentos y normas culturales. En cambio, en zonas cercanas a asentamientos externos, algunos elementos de la lengua y prácticas tradicionales se han debilitado, proceso que los mayores describen como la pérdida de la "palabra antigua" (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

5.1.3. El Werjayá y la Medicina Espiritual

El Werjayá es la autoridad principal en salud y guardián del equilibrio espiritual. Su formación comienza desde la niñez, cuando un maestro espiritual identifica al niño por sensibilidad para escuchar el bosque o por intuiciones especiales para



comprender los cantos sagrados. Desde entonces recibe instrucción que incluye restricciones alimentarias, disciplina ritual y noches de vigilia.

Durante los rituales, el Werjayá utiliza cantos, rezos, soplos y plantas maestras para abrir la comunicación entre el mundo humano y el mundo espiritual. Su tarea es localizar dónde se rompió el equilibrio ya sea por una acción del individuo, un conflicto familiar o una perturbación del entorno y restituirlo con sabiduría y respeto ancestral.

“El Werjayá no cura solo el cuerpo. Él busca la raíz del daño. Cuando sopla, ese soplo lleva palabra, lleva consejo, lleva fuerza. Lo que él ve, uno no lo ve con los ojos, sino con el corazón” (Pueblo U’wa – Autoridades tradicionales, 2025).

5.1.4. Sabedores ancestrales y autoridades tradicionales en salud

Los sabedores ancestrales del Pueblo U’wa son autoridades espirituales y de conocimiento, reconocidas por la comunidad por su conexión con el mundo espiritual y su dominio de la Ley de Origen. Su designación no obedece a criterios académicos, sino a un llamado espiritual y al reconocimiento colectivo.

Entre ellos se encuentran los Werjayá mayores y menores, médicos tradicionales, parteras, sobanderos, curadores y guías espirituales. Su función es prevenir la enfermedad, diagnosticar los desequilibrios físicos y espirituales, conducir los procesos de sanación mediante el uso de plantas medicinales, cantos, rezos, rituales y ceremonias propias, así como orientar espiritualmente a la comunidad y proteger el territorio y el conocimiento ancestral.

“Para nosotros, los sabedores y médicos tradicionales hacen parte del orden espiritual y del cuidado de la salud para el bienestar del pueblo U’wa. Ese conocimiento no se aprende como en la escuela del blanco: es un don que envía SIRA, y Él mismo escoge a la persona. Ese don se transmite de padres a hijos o a algún joven que se interese verdaderamente por aprender lo propio; es un proceso largo, que puede durar más de quince años, y solo se consolida si SIRA lo designa”. (Pueblo U’wa – Autoridades tradicionales, 2025)

El saber que se recibe no es para beneficio personal, sino para servir a la comunidad. Los sabedores y médicos tradicionales ministran el conocimiento y la sabiduría entregada por SIRA para atender el bienestar espiritual y físico del pueblo. A través de cantos, ayunos, purificaciones, bautizos, ritos y soplos, orientan,



armonizan y tratan las enfermedades que se presentan en el territorio, tanto las físicas como las espirituales.

El sabedor; adivina, examina y diagnóstica. Él determina si la enfermedad se puede tratar desde la medicina tradicional, con plantas, soplos, ayunos y rituales, o si es necesario acudir a la medicina occidental. Nosotros no desconocemos la importancia de la salud occidental y, cuando se requiere, acudimos a los servicios que ofrece el sistema de salud. Ambas medicinas pueden complementarse, siempre respetando la Ley de Origen.

En la organización del Pueblo U'wa, la autoridad cumple un papel fundamental en el cuidado de la vida y la salud. El Werjayá realiza el examen y la orientación espiritual de manera conjunta con el médico tradicional, en cumplimiento del mandato establecido por la Ley de Origen. Las autoridades mayores se encargan de armonizar los entornos, proteger los sitios sagrados y mantener el equilibrio espiritual, social y comunitario. La Ley de Origen está constituida por los mandamientos enviados por SIRA, cuyo incumplimiento genera repercusiones directas en la salud y en la vida colectiva de la comunidad.

En algunas comunidades, como Wuarakubo, el cacique cumple también el rol de examinador y médico tradicional. En otras, aunque hay sabedores, no siempre hay médicos tradicionales; en esos casos, cuando se necesita atención ancestral o espiritual, se acude a otras comunidades, como Cerro Alto, de acuerdo con el diagnóstico del adivinador.

"Para nosotros, el debilitamiento cultural se da cuando las semillas de vida dejan de interesarse por lo propio y la modernización llama más su atención. El mestizaje, el no participar de las practicas tradicionales y el irrespeto por los sitios sagrados afectan la cultura y el equilibrio espiritual. Si se cumpliera plenamente la Ley de Origen, se preservará la humanidad, los vínculos afectivos y se viviría en mayor armonía con la naturaleza, en mejores condiciones para el buen vivir. (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025)

"Le damos un valor muy grande a la autoridad tradicional. Cuando una persona se enferma, primero acude a ella para preguntar si puede ser atendida y de qué manera. Dentro del sistema indígena, el adivinador, el cacique, la partera y las autoridades mayores cumplen roles importantes en el cuidado de la salud. Consideramos necesario fortalecer tanto la medicina tradicional como la medicina occidental, y también la medicina desde los sitios sagrados. (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025)



5.2. Uso De Plantas Medicinales

5.2.1. Yopo: Planta Vital dentro de la Medicina U'wa

Dentro de las plantas sagradas del pueblo U'wa, el yopo ocupa un lugar fundamental. Es reconocida como una planta de visión y sabiduría profunda, capaz de abrir la comprensión del mundo espiritual y de orientar al *Werjayá* en los momentos de interpretación ritual. Su uso no se concibe como una sustancia de efectos sensoriales aislados, sino como una planta maestra que revela aquello que permanece oculto ante la mirada cotidiana (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

El ritual se acompaña de *hayo*, cuyas hojas se mastican para purificar el espíritu, preparar el cuerpo y concentrar la palabra interior antes de la inhalación ceremonial. Según Ricardo Ibarra, *Werjayá* de la comunidad Chivaraquía: "El yopo habla cuando uno está limpio. Él enseña lo que no se aprende con los libros. Abre el camino del pensamiento para que podamos escuchar a quienes cuidan el territorio" (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Por esta razón, el yopo se considera una planta que sostiene la memoria espiritual del pueblo U'wa y ayuda al *Werjayá* a cumplir su misión de equilibrar la vida colectiva.

5.2.2. Plantas, Animales y Saberes Cotidianos

Más allá de los rituales mayores, la vida cotidiana también está llena de prácticas medicinales. Las familias conocen plantas para tratar resfríos, diarreas, "yelo", dolores, traumas y erupciones. En los fogones se comparten recetas transmitidas por generaciones, mientras las mayoras enseñan a diferenciar raíces, flores, cortezas y resinas.

Como recoge la mayora Margarita Mejía Arenas: "La planta no es cosa muerta. Ella escucha, ella siente. Si uno la arranca sin pedir permiso, pierde su fuerza. Hay que hablarle, como se habla a una hermana" (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Las plantas medicinales deben recolectarse en estado silvestre, nunca cultivadas, ya que, según los saberes tradicionales, al crecer lejos de los humanos conservan



su poder en equilibrio con la naturaleza y los espíritus que las protegen.

5.2.3. Diagnóstico, tratamientos y espacios de rituales

El proceso diagnóstico en el sistema de salud propio del pueblo U'wa integra la observación física del paciente con la reconstrucción de aspectos relacionales, culturales y espirituales. El *Werjayá* indaga sobre los comportamientos recientes de la persona, los alimentos consumidos, los sueños, las actividades realizadas y el posible incumplimiento de normas culturales, elementos que permiten comprender el origen del desequilibrio.

Cuando se identifica un componente espiritual en la enfermedad, el *Werjayá* recurre a cantos rituales y al uso de plantas maestras con el fin de acceder a la causa profunda del padecimiento. Este abordaje permite establecer el tratamiento adecuado y las restricciones necesarias para restituir la armonía entre la persona, su familia, la comunidad y el territorio.

En los casos de mayor complejidad, la atención se desarrolla en espacios ritualizados especialmente dispuestos para la sanación, separados del ámbito cotidiano. Estos espacios cumplen una función terapéutica integral, en los cuales se aplican prácticas como soplos, baños rituales, ayunos y restricciones de contacto, bajo la orientación permanente del *Werjayá*. La utilización de estos lugares sagrados responde a la concepción U'wa de que la persona enferma transita temporalmente entre planos espirituales, requiriendo condiciones específicas de silencio, recogimiento y protección.

A continuación, se presenta una tabla con las principales plantas medicinales utilizadas por el pueblo U'wa en sus prácticas curativas. La tabla 1 muestra las plantas utilizadas en la medicina tradicional indígena

Tabla 1. Plantas utilizadas en la medicina tradicional

Nombre popular	**Nombre en U'wa**	**Utilidad en el sistema de salud indígena U'wa**	**Forma y vía de administración**	**Observaciones culturales**



Yopo	Yoha / Yohó	Conexión espiritual profunda; diagnóstico ritual del *Werjayá*	Polvo inhalado en ritual	Solo uso ceremonial por *Werjayá*; abre “puertas de visión”
Hayo (Coca)	Ká / Káa-jaya	Purificación espiritual; equilibrio del pensamiento y resistencia	Masticación ritual	Planta sagrada central; presente en salud física y espiritual
Tabaco	Bíkara	Limpiezas espirituales; protección; desinflamación	Sahumerios, soplo ritual, cataplasmas	Planta de poder; solo mayores expertos la manipulan
Chilindrillo	Katsikúwa	Resfriados, dolor de garganta, fiebre	Infusión o baños tibios	Recolectada en zonas boscosas conservadas
Rascadera	Sámago / Sámaga	Problemas digestivos, diarrea, parásitos	Infusión de hojas	También planta ritual para elaborar kókora
Ortiga	Tsawa	Anemia, circulación, dolores del cuerpo	Baños, frotaciones, infusión	Asociada a limpiezas físicas y energéticas



Matarratón	Kuwai	Dolores musculares, traumas	Cataplasmas	Planta de uso moderado por su potencia
Sauco	Yaragá	Gripa, congestión, inflamación	Infusión de flores; baños de vapor	Habitual en tratamientos infantiles
Ruda	Tawayá	Cólicos, dolor estomacal; protección espiritual	Infusión débil, baños rituales	Considerada planta fuerte
Llanten	Bískowa	Afecciones respiratorias, heridas	Infusión o cataplasma	Planta de primeros auxilios
Árnica	Kusákora	Golpes, torceduras, escuajaduras	Cataplasmas externas	No se ingiere; “planta de golpes”
Guayabo	Tama / Tamá	Diarrea, heridas leves	Infusión de hojas, lavados	Se recoge en la madrugada
Uña de gato	Jahká	Inflamación y dolores articulares	Infusión de corteza	Planta de uso restringido



Malva	Tsúri	Fiebres, irritaciones	Infusión suave o baños	Planta “fresca” que equilibra el cuerpo
Altamisa	Ruiria	Para sacar el frío o “yelo”, especialmente en niños	Cataplasmas y baños calientes	Muy usada para equilibrar el “frío interno”
Menta	Ruiria (aromática)	Pujo en niños; estreñimiento	Cataplasma tibia en el abdomen	Usada en infancias
Oloroso / Cascarillo	Jaira-yara	Tos, gripa, bronquitis, neumonías	Infusión con 3–5 gotas de limón	Planta del “viento” y el aire
Palo Cruz	Jaira-kora	Aliviar hígado; apoyo postparto	Infusión con agua de panela	Equilibra “aire y fuego” del cuerpo
Paico	Ká-chiá	Purga de lombrices y parásitos	Infusión de hojas machacadas	Planta depurativa tradicional
Otoba	Seka-bá	Lesiones de piel; sarna; expulsión de placenta	Baños para piel; infusión para placenta	Planta “fuerte” que requiere sabedor



Caña agria	Ká-ia	Purga para desintoxicar hígado y bilis	Infusión tras dejar al sereno	Depurativa y profunda
Guaco	Bá-cora	Diarrea con sangre; fortalece respiración	Infusión con agua de panela	Planta caliente de desbloqueo
Jengibre	Bá-jara	Tos, bronquitis, gripa; apoyo en parto	Infusión con agua de panela	Planta que “eleva el calor vital”
Limonaria	Karoka	Cólicos y dolor de cabeza	Infusión con agua de panela	Armonizadora del pensamiento y cuerpo
Anime	—	Úlceras, nuches, nacidos; heridas por espinas	Cataplasma sobre la herida	Planta “extractora” de infección
Bálsamo	—	Apoyo para cáncer y enfermedades musculares	Jarabe administrado vía oral	Uso siempre con guía del mayor sabedor
Bejuco cebolloso	—	Infección de oído, granos,	Baños calientes	Usado en zonas altas del



		anemia		territorio
Caraña	—	Úlceras, hinchazones, nacidos; extracción de pus	Cataplasma directo	Muy valorada para cicatrización
Cimarrón	—	Hepatitis, ictericia, úlceras infectadas	Infusión de raíz y tallo	Planta amarga de limpieza interna
Cordoncillo	—	Culebrilla y sarna	Baños calientes continuos	Requiere sesiones prolongadas
Diente de León	—	Dolor interno, espalda, riñones	Infusión con agua de panela	Considerada planta “caliente”
Estoraque	—	Mordedura de serpiente	Cataplasma	Utilizado mientras llega el Werjayá
Gabolonga	—	Diarrea con sangre	Infusión con agua de panela	Para casos severos de descomposición



Mata ratón	—	Anemia, fiebre, paludismo, debilidad	Baños e infusiones calientes	Planta tradicional contra malestares febriles
Palo amargo	—	Granos en la piel, sarna, fiebre, debilidad	Baños calientes	Planta depurativa de calor
Pepa mato	—	Dolor de estómago, diarrea	Infusión con agua de panela	Planta digestiva
Quina	—	Niños pálidos, desnutridos o amarillos	Infusión con guarapo	Tónico nutritivo
Yerbabuena	—	Dolor de estómago y yelo	Infusión con agua de panela	Usada como armonizador suave
Yerba mora	—	Granos en la piel, sarna	Baños	Planta de uso local
Zarzaparrilla	—	Anemia y debilidad en la sangre	Jarabe vía oral	Planta tónica de sangre



Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025.

5.3. Uso de los recursos.

El contacto inicial con la población no indígena generó epidemias que provocaron una marcada disminución en la población, además de desencadenar profundos cambios en su dinámica social, el uso de los recursos y sus patrones de asentamiento. La normalización de la propiedad privada y el “confinamiento” a los resguardos debidamente constituidos, han generado una transición hacia el sedentarismo entre la mayoría de los pueblos, se han constituido asentamientos y estructuras permanentes (casas, escuelas) y ante el agotamiento progresivo de los recursos naturales cada vez se trasladan menos y se comienza a consumir productos comerciales procesados.

Las viviendas indígenas están ocupadas principalmente por familias nucleares, siendo cada vez menos los hogares constituidos por familias extensas, aunque se conserva la cercanía con los parientes. Se advierte la inclusión incipiente pero progresiva de materiales comerciales en la fabricación de los techos y paredes de las viviendas. La cocina se encuentra generalmente muy cercana o incluso dentro del espacio principal.

La baja productividad de los territorios ocupados y la no disponibilidad de abarcar nuevas áreas rotativas fuera de los límites de los resguardos, han generado una menor disponibilidad de alimentos provenientes de las cosechas y la necesidad de sembrar cada vez más lejos de sus viviendas.

La caza y la pesca, actividades prioritarias para el suministro de proteínas en la dieta, se ha visto negativamente impactada por la sobreexplotación ejercida por los colonos, la deforestación y la contaminación ambiental. Se evidencia como escasean las capturas de mamíferos y peces que hacían parte de la alimentación tradicional. A lo anterior se suma la proximidad de los terrenos ocupados por colonos en la periferia de los resguardos, limitando el campo de caza; siendo esto un factor generador de conflictos cada vez que alguno de los involucrados cruza el lindero respectivo.

Aquellos grupos que ejercen la recolección de frutos, semillas, plantas medicinales



y raíces, manifiestan que cada vez son menos las zonas productivas del bosque debido a la deforestación.

No se evidencia vocación de comercialización de excedentes de producción agrícola o de especies animales. No se evidencian actividades que generen valor agregado a los productos propios. Sin embargo, se observa cada vez con mayor frecuencia la circulación de dinero fruto del trabajo como obreros en fincas de colonos, el cual se emplea en la adquisición de productos comerciales, principalmente alimentos, ropa, licor y combustible.

La circulación de dinero, la necesidad de salir del territorio para conseguir elementos de consumo y la creciente interacción con comunidades no indígenas expone a los indígenas a riesgos contra la salud cada vez mayores. Es así como se incrementa la vulnerabilidad ante eventos tales como las enfermedades inmunoprevenibles, las enfermedades respiratorias y las enfermedades de transmisión sexual.

6. Aspectos territoriales: ubicación geográfica y ambiental

De acuerdo con la tradición oral y los registros etnohistóricos, el pueblo U’wa se organizaba en ocho clanes o grupos originarios, subdivididos según su permanencia en tierras altas, medias y bajas. Sus viviendas eran chozas dispersas, ocupadas por núcleos familiares, lo que evidenciaba una ocupación territorial amplia y no concentrada. Las normas de convivencia y comportamiento se regían por acuerdos comunitarios fundamentados en principios mágico-religiosos, orientados al control social, la resolución de conflictos y el mantenimiento del equilibrio colectivo.

El hábitat ancestral del pueblo U’wa tuvo como eje central la Sierra Nevada de Chita o del Cocuy, concebida como el centro del mundo. Lugares sagrados como la montaña Raiana y el lago Bekana ocupan un papel fundamental dentro de su cosmovisión, al ser considerados puntos de conexión entre los diferentes planos del universo y elementos esenciales para la vida espiritual del pueblo.

6.1. Territorio ancestral

El territorio ancestral del pueblo U’wa, también denominado Tunebo, abarcó



aproximadamente 1.400.000 hectáreas, extendiéndose por los actuales departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Casanare y Arauca, con prolongaciones hacia el piedemonte de la Sierra de Mérida en Venezuela. En el departamento de Arauca, este territorio comprendía principalmente los municipios de Tame, Fortul y Saravena, ubicados en el piedemonte llanero de la cordillera Oriental. Como resultado de procesos históricos de colonización, reducción territorial y presión externa, en la actualidad el pueblo U'wa conserva cerca de 200.000 hectáreas, lo que representa aproximadamente el 14 % de su territorio original.

El territorio constituye el espacio fundamental donde se desarrollan las actividades sociales, económicas, culturales y espirituales del pueblo U'wa. En él se preserva la cohesión social y se reproducen las prácticas rituales, culturales y organizativas que garantizan la continuidad del pensamiento y del ser U'wa, en correspondencia con una cosmología construida a lo largo de milenios.

Desde la cosmovisión U'wa, el territorio no es concebido como un bien de apropiación individual, sino como un bien colectivo regido por la Ley de Origen, que establece una relación armónica y permanente entre el ser humano, la naturaleza y los seres espirituales. Esta relación sustenta la unidad colectiva y la pervivencia cultural, espiritual y social del pueblo.

6.2. Organización territorial en Arauca

En el departamento de Arauca, el pueblo U'wa se encuentra organizado en seis resguardos legalmente constituidos:

- ✔ Playas de Bojabá (Saravena)
- ✔ Valle del Sol (Saravena)
- ✔ Cerro Alto Cibariza (Fortul)
- ✔ Laguna Tranquila (Tame)
- ✔ Angosturas (Tame)



- ✔ Sabanas de Curipao (Tame)

Adicionalmente, existen tres comunidades Calafitas I, Calafitas II y Uncasía ubicadas en el municipio de Saravena, las cuales se encuentran en proceso de constitución como resguardo indígena.

6.3. Localización geográfica

Los territorios U'wa en Arauca se localizan en el piedemonte llanero, con un rango altitudinal que oscila entre los 210 m s. n. m. y las cumbres de la Sierra Nevada del Cocuy, que alcanzan aproximadamente los 5.000 m s. n. m. Esta amplitud altitudinal da lugar a una alta diversidad geográfica, ambiental y ecológica.

El departamento de Arauca se ubica en el extremo nororiental del país, entre los 06°02'40'' y 07°06'13'' de latitud norte, y los 69°25'54'' y 72°22'23'' de longitud oeste. Limita al norte con el río Arauca, al sur con el río Meta y el departamento de Casanare, al oriente con Venezuela y al occidente con el departamento de Boyacá. El territorio presenta tres grandes unidades geomorfológicas: montaña, piedemonte y sabana, influenciadas por los vientos alisios y la dinámica de la Zona de Confluencia Intertropical, lo que determina la variabilidad climática y ambiental.

6.4. Climatología

El departamento de Arauca presenta un régimen climático que abarca los pisos térmicos cálido, templado, frío y nival, distribuidos según la altitud. El régimen de lluvias es monomodal, con mayores precipitaciones entre los meses de mayo y junio. En las zonas donde se ubican los resguardos U'wa, los valores de precipitación oscilan entre 2.000 y más de 4.000 mm anuales, siendo más elevados en las áreas de transición entre el piedemonte y la montaña.

Estas condiciones climáticas favorecen la existencia de bosques basales y sistemas hídricos estratégicos, los cuales cumplen una función fundamental en la regulación del ciclo hidrológico, la conservación de la biodiversidad y la provisión de agua para las comunidades U'wa.

6.5. Geología y suelos



Para el pueblo U'wa, el origen de la tierra, las rocas y el suelo tiene un profundo significado espiritual, ligado a su concepción del universo y a la Ley de Origen. Desde esta perspectiva, el universo se conforma por mundos interrelacionados que explican el surgimiento del mundo del medio, donde habitan los seres humanos.

Desde el enfoque occidental, la geología del territorio araucano se remonta a la Era Precámbrica, con el posterior desarrollo de grandes cuencas sedimentarias durante la Era Mesozoica y el levantamiento de la cordillera Oriental durante el Periodo Terciario, particularmente en el Mioceno. Esta dinámica dio lugar a una predominancia de rocas sedimentarias, con presencia de lutitas, calizas, areniscas y conglomerados, así como evidencias de actividad tectónica expresadas en plegamientos y fallas.

Los suelos del territorio U'wa corresponden principalmente a Entisoles en zonas montañosas, Inceptisoles en áreas de piedemonte y suelos de páramo, piso frío, templado y cálido húmedo, con fertilidad variable y alta susceptibilidad a procesos erosivos. Estos suelos sustentan las actividades tradicionales y las dinámicas ecológicas del territorio.

6.6. Recurso hídrico

El territorio U'wa en Arauca cuenta con una extensa y compleja red hidrográfica, caracterizada por ríos, quebradas, caños y zonas inundables que fluyen principalmente de occidente a oriente. Esta red hídrica es fundamental para la subsistencia, la espiritualidad y la reproducción cultural del pueblo U'wa, al tiempo que sostiene ecosistemas estratégicos como sabanas inundables y bosques de galería.

6.7. Dinámica hídrica, territorio y vida del pueblo U'wa

La dinámica fluvial del territorio U'wa se encuentra estrechamente ligada a la vida, la identidad y las prácticas culturales del pueblo. El agua constituye un eje estructurante de la cotidianidad indígena, al proveer no solo el recurso vital indispensable para la alimentación, el consumo doméstico y las prácticas agrícolas, sino también una diversidad de especies peces, anfibios y aves que históricamente han conformado su dieta básica. Asimismo, los ríos, caños y quebradas han sido



tradicionalmente espacios de movilidad, transporte y comunicación con otros territorios y comunidades.

La importancia de la Cordillera Oriental como fuente generadora de escorrentía es central para la comprensión del sistema hídrico del departamento de Arauca y de la megacuenca del Orinoco. Los cauces que nacen en el flanco oriental de la cordillera se disponen perpendicularmente a los plegamientos montañosos y descienden hasta la llanura, donde se produce la dispersión natural de las aguas. A este sistema se suman cuerpos de agua superficial como lagunas, humedales, esteros y morichales, así como el recurso hídrico subterráneo, que constituye una de las principales reservas de agua de mejor calidad y mayor volumen, aunque históricamente subvalorada en los estudios técnicos.

Estas tres formas de disponibilidad hídrica superficial, almacenada y subterránea conforman de manera integral las cuencas hidrográficas del departamento de Arauca, correspondientes a los ríos Arauca, Cravo–Casanare y Limón, este último conocido aguas abajo como río Negro.

6.8. Diagnóstico hidrográfico en territorios U’wa

Debido a su ubicación en las estribaciones de la cordillera, los territorios U’wa presentan cauces de caudal medio y, en general, aguas de buena calidad. En esta zona nacen los principales ríos y tributarios que recorren extensas áreas de la llanura, razón por la cual el pueblo U’wa se reconoce a sí mismo como guardián y protector de las fuentes hídricas, concebidas desde su cosmovisión como sitios sagrados.

En el resguardo de Sabanas de Curipao, se identifican numerosos ríos, quebradas y caños que, durante las épocas de lluvia, abastecen ampliamente a los resguardos y corregimientos cercanos. En la temporada seca, estos cuerpos reducen su caudal a niveles mínimos, lo que contrasta con la demanda constante del recurso hídrico para las actividades comunitarias, generando períodos de escasez que requieren medidas de manejo y protección propias.

Entre los principales cauces se destacan los ríos San Lope, Tablón, Curipao, Mundo Nuevo, Playón y Casanare, así como quebradas como Agua Blanca, La Colorada,



La Unión, La Cabuya, Caseteja y Honda, y caños como Seco, Paralela y Oriental. Estos cuerpos de agua son entendidos como cordones de conexión espiritual con la Sierra Nevada del Cocuy, considerada protectora del territorio y garante del equilibrio entre los elementos del ambiente natural.

6.9. Espacialidad territorial y función social del territorio

El territorio U'wa cumple funciones sociales, espirituales, productivas y culturales que articulan a la comunidad en torno a actividades comunes, sustentadas tanto en las potencialidades como en las limitaciones del entorno. Por ello, el territorio debe ser comprendido como un espacio definido y caracterizado en sus componentes físicos, biológicos y simbólicos, con el cual se mantiene una relación de respeto y equilibrio basada en la Ley de Origen.

Desde la invasión española, los pueblos originarios que habitan el actual departamento de Arauca han padecido procesos sistemáticos de despojo, aculturación, desplazamiento y violencia. A pesar de ello, el pueblo U'wa ha resistido históricamente, preservando su identidad cultural, espiritual y territorial frente a intereses externos que buscan apropiarse de sus espacios sagrados y de los bienes que sustentan la vida.

El reconocimiento constitucional de 1991 representó un avance significativo en el reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. No obstante, persisten tensiones estructurales que afectan el ejercicio pleno de la autonomía territorial y cultural, razón por la cual el pueblo U'wa continúa haciendo uso de mecanismos propios y jurídicos para la defensa de su territorio, conforme a sus Leyes de Origen.

6.10. Aspectos demográficos y poblacionales

El principal obstáculo para la realización del presente estudio estuvo constituido por las múltiples barreras de acceso a la información, bien sea por negación sistemática de las instituciones que poseen las bases de datos o por la no existencia de estas. En cualquiera de los casos, esto se constituye en una negación de la identidad indígena e invisibilización que se traduce en un hecho más de discriminación que impide la acción de los actores institucionales y sociales.



Esta ausencia de información impide dimensionar y contextualizar su situación real, de tal forma que se carece de estadísticas, indicadores e información sectorial específica, sin la cual el desarrollo de políticas públicas es improbable. Lo anterior obliga a incluir a los pueblos indígenas en la categoría general de “población pobre y vulnerable” sin tener en cuenta los criterios diferenciales asociados a su entorno, cultura y su estilo de vida.

Las cifras sobre población indígena varían notablemente entre una organización gubernamental y otra, es el caso del censo nacional año 2018 cuyo valor es de 1.905.617 habitantes que se auto-reconocen como indígenas y están distribuidos en 115 pueblos (4,4 % de la población total); y a medida que dicho censo es más específico en términos de variables de persona, tiempo y lugar, las diferencias se hacen más grandes. Esta inexactitud impide la verificación de coberturas, incidencias, prevalencias y demás mecanismos de monitoreo de indicadores.

Uno de los limitantes al momento de cotejar las bases de datos poblacionales es la muy baja proporción de menores de 1 año que han sido registrados, a pesar de que las autoridades tradicionales tienen la autorización de registrar nacimientos y muertes ocurridas en su territorio. Sin el registro civil de nacimiento, dicho menor carece de participación como miembro de una nación. Lo anterior refleja una muy baja proporción de partos institucionales y una débil presencia de la registraduría en los resguardos.

Los indicadores se presentan en números absolutos y porcentajes, debido a la ausencia de proyecciones censales DANE para poblaciones indígenas, lo cual impide calcular tasas.

6.11. Contexto territorial

La figura bajo la cual las comunidades indígenas de Colombia son poseedoras de la tierra que habitan es la del resguardo, entendido como una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas que, con título de propiedad colectiva, gozan de las garantías de la propiedad privada y se rigen por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. (Congreso de la República de Colombia, 1994).

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Ley 21 de 1991 definen la posesión ancestral del territorio como el derecho ejercido por una comunidad étnica sobre las tierras que tradicionalmente ocupa o utiliza, en las



cuales desarrolla actividades económicas, sociales y culturales, aun cuando estas no hayan sido demarcadas o tituladas formalmente (OIT, 1989; Congreso de la República de Colombia, 1991).

Según datos del Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2015 cerca del 85 % de la población indígena colombiana residía en resguardos legalmente constituidos, mientras que el 15 % restante habitaba fuera de sus territorios ancestrales (DANE, 2018; IGAC, 2018). Aun estando ubicadas en resguardos, muchas comunidades manifiestan que dichas tierras no satisfacen sus necesidades básicas debido a su localización, características del terreno, limitadas posibilidades productivas y escasez de recursos naturales.

Al respecto, el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER) señala que el 61,9 % de los 32,3 millones de hectáreas legalizadas a comunidades indígenas presenta vocación de conservación del suelo, solo el 0,45 % tiene vocación agrícola y el 2,27 % vocación ganadera, lo que evidencia que las posibilidades de explotación agropecuaria son mínimas (INCODER, 2015). De igual forma, el IGAC reporta avances en la ampliación de 29 resguardos, alcanzando un total aproximado de 35,6 millones de hectáreas, equivalentes al 31 % del territorio nacional (IGAC, 2024).

Para comprender las implicaciones del territorio en los cambios sociales y culturales de los pueblos indígenas, es necesario entender la relación integral que mantienen con su espacio vital y los recursos naturales. El territorio representa el vínculo con la espiritualidad, los antepasados, la identidad y las generaciones futuras; constituye la base de la alimentación, la medicina tradicional, el refugio y el desarrollo cultural, bajo una concepción colectiva orientada principalmente a la conservación (OIT, 1989).

En este contexto, la principal demanda de los pueblos indígenas ha sido la reivindicación del derecho a recuperar sus territorios ancestrales. La ampliación de resguardos se entiende como una medida de protección y reconocimiento frente a la expansión del campesinado y la modernización agraria. Actualmente, la legalización de tierras a comunidades indígenas se rige por la Ley 160 de 1994 y el Decreto 1071 de 2015, los cuales establecen los criterios para la constitución y ampliación de resguardos (Congreso de la República de Colombia, 1994; Presidencia de la República de Colombia, 2015). Sin embargo, persisten dificultades en el cumplimiento de los acuerdos estatales, en contravía de lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y los autos emitidos por la Corte Constitucional (Congreso de la República de Colombia, 2011). En el departamento de Arauca el resguardo Sabanas de Curipao es un sujeto de reparación colectiva, encontrándose en la cuarta fase (formulación del plan integral de reparación colectiva)



En el departamento de Arauca, estas problemáticas se relacionan además con el desplazamiento forzado, la presencia de actores armados y los intereses de la industria petrolera, situación reconocida por las autoridades indígenas y la Comisión Nacional de Territorios Indígenas. De acuerdo con el IGAC, con corte al 30 de junio de 2018, en Arauca se encontraban legalmente constituidos 26 resguardos indígenas (seis de ellos habitados por el pueblo U'wa) y cinco en proceso de constitución (IGAC, 2018). La tabla 2 nombra los resguardos indígenas en el departamento de Arauca.

Tabla 2. Resguardos indígena U´wa departamento de Arauca, 2025.

RESGUARDOS	RESOLUCIÓN INCODER	EXTENSIÓN (hectáreas)
Cibariza - Cerro Alto	22 de 1998	36.999
Valles del Sol	33 de 1999	25.214
Playas de Bojabá	23 de 1998	932
Angosturas	40 de 1986	3.283
Sabanas de Curipao	15 de 1995	32.932
Laguna Tranquila	48 de 2000	15.944
Total, extensión		115.304

La tabla 3 describe la ubicación de los resguardos indígenas U´wa en el departamento de Arauca.



Tabla 3.Localización de los resguardos indígenas U´wa departamento, Arauca.

RESGUARDO	LOCALIZACIÓN
Cibariza - Cerro Alto	Zona Occidental del Municipio de Fortul, Sector Rio Banadías / Río Citacá.
Valles del Sol	Zona Suroriental del Municipio de Saravena, Sector Barrancones, Ríos Banadías, Peptilón, Calafitas y Citacá.
Playas de Bojabá	Zona suroccidental del Municipio de Saravena, Vereda playas del Bojabá.
Angosturas	Zona norte del Municipio de Tame, Vereda Angosturas, margen izquierdo de la Quebrada La Garcita y Margen derecha del Río Cabalalia.
Sabanas de Curipao	Zona Suroccidental del municipio de Tame, Inspecciones de San Lope y La Cabuya, entre los Ríos Casanare y San Lope.
Laguna Tranquila	Zona Noroccidental del Municipio de Tame, Veredas los Naranjos, Aguas Claras, Las Malvinas y Alto Cabalalia.

Fuente: IGAC

6.12. Características Físicas del Territorio y Accesibilidad Geográfica.

En la tabla 4 se detallan las características del territorio y las distancias a recorrer entre cada resguardo y la cabecera municipal más cercana, además del tipo de vehículo a utilizar.



Tabla 4. Características del territorio y accesibilidad a los resguardos indígenas departamento Arauca 2025.

RESGUARDO	ACCESIBILIDAD Y MEDIO DE TRANSPORTE	CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO
Cibariza - Cerro Alto	Una hora en automóvil hasta Fortul.	Su territorio comprende subregiones diversas, tales como: cordillera andina, piedemonte, sabana y selva tropical.
Valles del Sol	Dos horas en promedio hasta Saravena, empleando vehículo y caminata	
Playas de Bojabá	Una hora en vehículo hasta Saravena.	
Angosturas	Una hora en vehículo hasta Tame.	
Sabanas de Curipao	45 minutos en automóvil hasta Tame.	
Laguna Tranquila	30 minutos en automóvil hasta Tame.	

Fuente: Trabajo de campo. SISPI 2005

6.13. Contexto Demográfico.

Entre los años 1900 y 2018, en Colombia se realizaron doce censos nacionales de población, de los cuales diez incorporaron variables específicas para la identificación y caracterización de población indígena, evidenciando avances progresivos en el reconocimiento estadístico de los pueblos étnicos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2018).

La disponibilidad de información desagregada para población residente en el departamento de Arauca se remonta al Censo de 1993; con anterioridad a este periodo, los registros se presentan de manera agregada bajo la denominación de “territorios nacionales”, lo cual limita el análisis histórico territorial específico (DANE, 2005, 2018).



Adicionalmente, el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 únicamente reporta cifras observadas de población indígena y no cuenta con proyecciones demográficas oficiales posteriores, situación que restringe la planificación sectorial y obliga a complementar la información con registros administrativos y censos comunitarios (DANE, 2018).

Tabla 5. Resultados consolidados censos poblacionales 1905-2018, Colombia Arauca.

AÑO	POBLACIÓN TOTAL DEL PAÍS	POBLACION INDIGENA DEL PAÍS	%	POBLACIÓN DTO DE ARAUCA	POBLACIÓN INDÍGENA ARAUCA	%
1905	4355477	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1912	5072604	344198	6,79	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1918	5855077	158428	2,71	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1928	7851110	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1938	8701816	100422	1,15	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1951	11548172	157791	1,37	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1964	17484508	119180	0,68	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1973	20666920	383629	1,86	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO
1985	30062200	237759	0,79	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO



1993	33109840	532233	1,61	137193	SIN DATO	SIN DATO
2005	41468384	1392623	3,4	247541*	3279*	2,2*
2018	48258494	1.905.617	3,9	239503	6229	2,6
2025	53110000	SIN DATO	SIN DATO	320723	SIN DATO	SIN DATO

FUENTE: Censos DANE y proyecciones censales DANE. www.dane.gov.co

Los criterios de identificación tenidos en cuenta para censar a la población indígena han variado con el paso de los años, iniciando con la variable raza en 1912, pasando por la percepción del empadronador en 1918, asociaciones del entrevistador según lengua y ubicación (rural) en 1938; hasta la actual, en la cual prima el criterio de auto reconocimiento cultural como rasgo de identidad.

Se observa que, aunque desde hace más de 100 años se estableció la necesidad de incluir en los censos variables que permitieran establecer la dinámica poblacional de las comunidades indígenas, persisten enormes deficiencias en materia de información. Esta invisibilización sistemática genera una enorme discriminación debido a que al no existir no son incluidos en los planes de acción de las instituciones del Estado.

En la actualidad, el DANE se encuentra en proceso de concertación con las Organizaciones Indígenas y sus Autoridades Tradicionales, para la implementación de un estudio censal que permita actualizar datos, no solo poblacionales, sino también de características socioculturales y económicas.

6.14. Tamaño y Volumen Poblacional

De acuerdo con el Censo General 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia residían para ese año 1.392.623 personas autoidentificadas como indígenas, distribuidas en cinco macroregiones y pertenecientes a más de 150 pueblos étnicos (DANE, 2005). Una de estas macroregiones corresponde a la Orinoquía, la cual incluye al departamento de



Arauca y agrupa 124 entes territoriales indígenas entre resguardos y reservas con presencia de aproximadamente 56 grupos étnicos (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2007).

No obstante, algunas fuentes oficiales, entre ellas el DNP, reportan para el mismo periodo una población indígena de 701.866 personas, evidenciando inconsistencias interinstitucionales que generan controversias y afectan la formulación, planeación y ejecución de programas y proyectos sociales dirigidos a estos pueblos (DNP, 2007).

Específicamente en el departamento de Arauca, el Censo 2005 registró una población indígena de 3.279 personas, equivalente al 2,24 % del total departamental (3.279 de 146.308 habitantes). A nivel nacional, la proporción de población indígena fue del 3,43 % (1.392.623 de 40.607.408 habitantes) (DANE, 2005). En términos proporcionales, los departamentos de Vaupés, Guainía, La Guajira, Vichada y Amazonas presentan las mayores concentraciones de población indígena en el país (DANE, 2005).

Según las proyecciones departamentales del DANE, la población indígena estimada para Arauca en el año 2011 fue de 4.410 habitantes (DANE, 2011). Sin embargo, los censos comunitarios realizados por las autoridades tradicionales de los resguardos indígenas del departamento reportaron un total de 7.734 personas residentes durante el trabajo de campo efectuado entre octubre de 2018 y enero de 2019, evidenciando un subregistro significativo en las fuentes oficiales (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2019).

No existen datos oficiales que permitan establecer la estructura por edad y sexo (pirámide poblacional) de la población indígena del departamento de Arauca a partir del Censo DANE 2005. Asimismo, el DANE no realiza proyecciones demográficas específicas por grupo étnico posteriores al Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, lo cual limita el análisis demográfico actualizado y obliga a recurrir a censos comunitarios como fuente primaria de información (DANE, 2018). Para el presente estudio se utilizó el censo comunitario, cuya administración y depuración se encuentra a cargo de gobernadores y cabildos indígenas. La distribución de habitantes por comunidad y resguardo se presenta en la Tabla 5.

Tabla 6. Censo Indígena según registros comunitarios pueblo U'WA, según comunidad y resguardo, Arauca 2018 - 2025.

RESGUARDO	COMUNIDAD	AÑO 2018	AÑO 2025



		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
CIBARIZA - CERRO ALTO	Cerro Alto	373	16,0	559	18,6
ANGOSTURAS	Angosturas	252	10,8	286	9,5
VALLES DEL SOL	Uncaría	333	14,3	418	13,9
	San Miguel	133	5,7	168	5,6
	Chivaraquía	313	13,4	376	12,5
CALAFITAS	Calafitas I	111	4,8	141	4,7
	Calafitas II	119	5,1	136	4,5
PLAYAS DE BOJABÁ	Playas de Bojabá	309	13,3	391	13,0
LAGUNA TRANQUILA	Laguna Tranquila	58	2,5	93	3,1
SABANAS DE CURIPAO	Curipao	164	7,0	150	5,0
CERRO CRISTAL	Cerro Cristal	37	1,6	172	5,7
UNCACIA	Uncasía	128	5,5	116	3,9



TOTAL		2330	100,0	3006	100,0

Fuente: Censos indígenas 2018. Y 2025.

El crecimiento de la población indígena entre los años 2018 y 2025 no puede explicarse solo desde una perspectiva de dinámica demográfica, es evidente la ausencia de datos oficiales y se hace énfasis en la importancia de armonizar dichos datos con los censos realizados al interior de las comunidades, lo cual permitirá generar iniciativas incluyentes desde todos los ámbitos: de derechos, socioeconómico, cultural, territorial, entre otros.

El dato global de habitantes según el censo por comunidad realizado por autoridades tradicionales y que se relaciona en este documento debe ser analizado bajo la perspectiva del subregistro, debido a que no se abarcó al 100 % de las comunidades residentes en el territorio (5); bien sea por no disponibilidad para atender a la comisión en el plazo estipulado para el trabajo de campo o por ser temas políticos – administrativos ajenos al proyecto.

Otro de los hallazgos vinculados con el subregistro en los censos indígenas está relacionado con la no inclusión de los menores de un año en dichos listados censales.

Actualmente no se dispone de información oficial actualizada, desagregada por departamento, que permita dimensionar con precisión la magnitud del fenómeno migratorio que afecta a las comunidades indígenas, las cuales se han visto forzadas a asentarse en cabeceras municipales por causas asociadas al conflicto armado, limitaciones productivas, barreras de acceso a servicios básicos y transformaciones territoriales. A nivel nacional, el Censo General 2005 reportó que el 78,58 % de la población indígena residía en áreas rurales, evidenciando un patrón histórico de ruralidad que se ha visto progresivamente alterado por procesos de desplazamiento y movilidad forzada (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005).

De acuerdo con el censo indígena comunitario del pueblo U’wa, para el año 2025 aproximadamente cinco de cada diez personas residentes en los resguardos del departamento de Arauca son menores de 18 años, cinco de cada diez corresponden a población en edad productiva y cerca de dos de cada cien pertenecen al grupo de personas adultas mayores. Esta estructura etaria refleja un perfil demográfico joven,



asociado a altas tasas de natalidad y mortalidad, característico de poblaciones indígenas en contextos de vulnerabilidad territorial (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Es de resaltar el incremento en la proporción de personas adultas mayores identificado en el censo indígena U'wa (3,9 %), valor que representa menos de la mitad de la proporción registrada para este grupo etario en el Censo DANE 2005 a nivel nacional (5,2 %). No obstante, esta variación sugiere una mejora relativa en la supervivencia de personas en edades avanzadas dentro de los resguardos del departamento de Arauca, posiblemente asociada al fortalecimiento del cuidado comunitario y a prácticas de salud propia, aunque se requieren estudios específicos para confirmar estas tendencias (DANE, 2005; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Tabla 7. Distribución según ciclo vital pueblo U´wa departamento de Arauca, censo comunitario de 2025

CICLOS DE VIDA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Primera infancia (0 - 5 años)	401	13,6
Infancia (6-11 años)	577	19,6
Adolescencia (12 - 17 años)	493	16,7
Juventud (18 - 28 años)	718	24,3
Adultez (29 - 59 años)	648	22,0
adulto mayor (60 y más)	114	3,9
TOTAL	**2951**	**100,0**

Fuente: Censo indígena U'wa 2025.



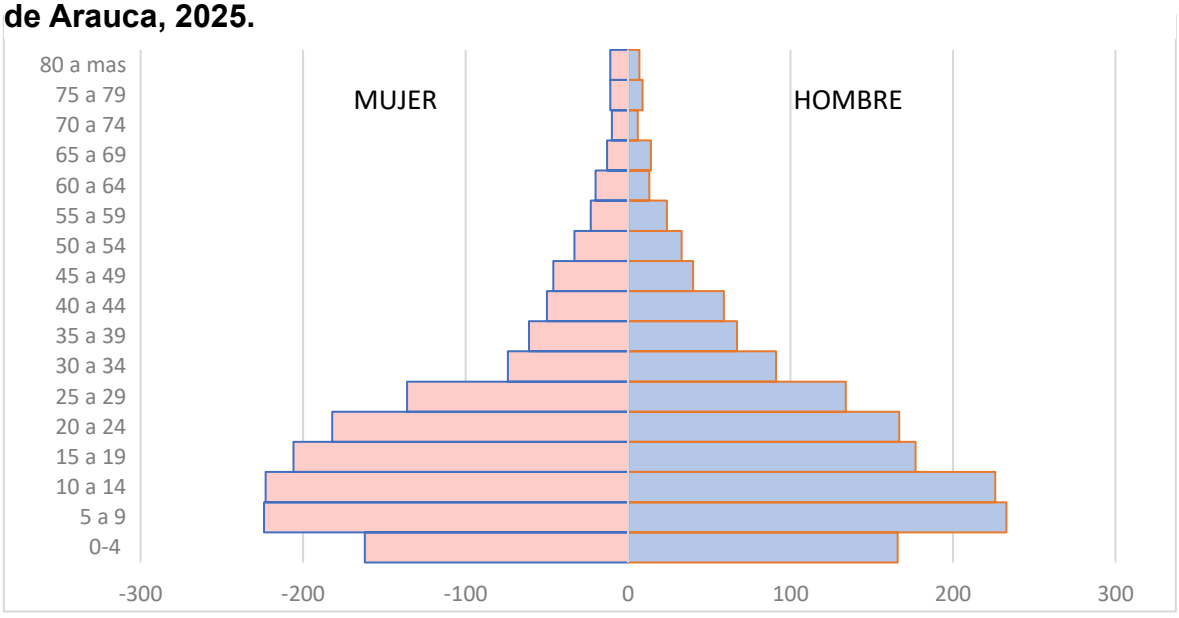
Se identifica una discrepancia entre el censo total de la población, que registra 3.006 personas, y la distribución por ciclo vital, que contabiliza 2.951 personas, presentando así una diferencia de 55 individuos. Esta variación se explica porque en el censo original existe un porcentaje de registros en los que no se consigna la edad de la persona, información indispensable para clasificar a cada individuo dentro de un ciclo vital específico.

Como consecuencia, durante el proceso de análisis fue necesario realizar una depuración de la base de datos, excluyendo temporalmente aquellos registros sin edad reportada. Esta depuración permite garantizar la coherencia, exactitud y comparabilidad de las cifras utilizadas para la distribución por ciclo vital, evitando clasificaciones erróneas o interpretaciones inexactas en los resultados finales.

6.15. Pirámide poblacional.

El análisis de la pirámide poblacional nos permite identificar subregistro en el grupo de los menores entre 0 – 4 años, probablemente asociado a baja cobertura de parto institucional y barreras de acceso al servicio de registro e identificación del menor. La ilustración 1 muestra la pirámide poblacional del pueblo U´wa.

Ilustración 1. Pirámide Poblacional según censo pueblo U´wa, departamento de Arauca, 2025.



Fuente: Censo indígena U'wa 2025. Elaboración equipo SISPI 2025.



Una vez reconocido el subregistro en el grupo etario de 0 a 4 años, se evidencia que la pirámide poblacional presenta una estructura expansiva, caracterizada por una base ancha y una disminución progresiva de los grupos de edad hasta el intervalo de 20 a 24 años, seguida de un descenso marcado de la población adulta y adulta mayor. Este comportamiento puede asociarse tanto a una mortalidad creciente con la edad como a procesos de migración no registrados por las autoridades tradicionales, especialmente en población joven y adulta (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

La cúspide de la pirámide se muestra notablemente estrecha, lo cual refleja el bajo peso relativo de los grupos de edad avanzada, patrón consistente con poblaciones que presentan transiciones demográficas incipientes y limitaciones en el acceso a servicios integrales de salud (DANE, 2005). En cuanto a la distribución por sexo, el 49,9 % de la población corresponde al sexo femenino y el 50,1 % al masculino, evidenciando una estructura prácticamente equilibrada entre ambos sexos (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

6.16. Índices demográficos.

La tabla 8 describe los índices demográficos del pueblo U´wa.

Tabla 8. Índices demográficos pueblo U´wa según registros censales 2018-2025

Índice demográfico	POB. Indígena Arauca 2018	Pueblo U´wa 2018	PUEBLO U´WA 2025
Relación hombre: mujer	1,00	0,998	**0,987**
Razón niña: MUJER (*100 mujeres)	47,9	63,8	**43,4**
Índice de infancia	45,4	48,2	**45,4**
Índice de juventud	31,5	29,9	**33,9**



Índice de vejez	2,5	2,8	**2,74**
Índice de envejecimiento	5,6	5,9	**6,56**
Índice de dependencia	92,02	98,4	**80,38**
Índice de friz	367,5	398,6	**331,35**

Fuente: DANE / Censos indígenas 2018.

Al comparar los índices demográficos básicos según los censos comunitarios, se evidencia que:

La razón hombre:mujer evidencia una tendencia estable a lo largo del tiempo, sin diferencias estadísticamente significativas entre población indígena y población general, comportamiento consistente con los patrones demográficos observados a nivel nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005, 2018; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

La razón niño: mujer presenta una disminución significativa para el año 2025 (aproximadamente 20 puntos porcentuales), indicador indirecto de fecundidad que se encuentra influenciado principalmente por el acceso a servicios de salud, control prenatal, parto institucional, planificación familiar, educación, condiciones de saneamiento básico y factores culturales relacionados con el inicio de la vida reproductiva (DANE, 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Los índices de infancia, juventud, vejez y envejecimiento muestran comportamientos relativamente estables entre los distintos periodos de medición, lo cual refleja la persistencia de una estructura poblacional joven, característica de poblaciones indígenas en contextos de transición demográfica incipiente (DANE, 2005, 2018).

El índice de dependencia evidencia una disminución aproximada de 14 puntos porcentuales en comparación con el valor observado en la misma población en el año 2018, lo que representa una menor "carga" para la población en edad económicamente activa. No obstante, este resultado debe analizarse con cautela debido al subregistro identificado en menores de un año, fenómeno ampliamente



documentado en contextos rurales dispersos (DANE, 2018; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

A pesar de presentar una reducción del 16,9 % respecto al periodo anterior, el índice de Friz continúa evidenciando una población marcadamente joven, con menor proporción de personas entre los 30 y 49 años, patrón asociado tanto a dinámicas migratorias como a mortalidad prematura en edades productivas (DANE, 2005; Naciones Unidas, 2019).

Si bien los índices demográficos permiten la comparación entre poblaciones, este análisis no pretende equiparar el comportamiento de los pueblos indígenas con modelos occidentales, sino reconocer que cada pueblo posee un modelo cultural propio de fertilidad y reproducción social, el cual debe ser respetado y promovido desde un enfoque diferencial e intercultural (OIT, 1989; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

6.17. Tasa Global de Fecundidad (TGF)

No se dispone de información sobre tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad, por lo cual no es posible calcular la fecundidad de reemplazo para esta población. En población general, el DANE estima que la TGF descendió de 3,34 hijos por mujer en 1985 a 2,35 en 2015. En contraste, para la población indígena nacional, el Censo 2005 reportó una TGF de 3,85 hijos por mujer, proyectándose desde fuentes oficiales una tendencia descendente de este indicador (DANE, 2005, 2015).

6.18. Tasa de Fecundidad General (TFG)

Debido al subregistro de nacimientos y defunciones en censos indígenas, no fue posible establecer el número de nacidos vivos durante el periodo 2024–2025. En población general, el DANE reporta una disminución de la TFG de 112,6 a 71,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años entre 1985 y 2010. Para la población indígena nacional, la TFG registrada en 2005 fue de 123,85 (DANE, 2005, 2010).

Con base en los registros de nacimientos del DANE y el censo indígena comunitario 2018, se estima que la TFG de la población indígena del departamento de Arauca para el año 2018 fue de 125,68 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (230 nacimientos/1.830 mujeres) (DANE, 2018; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2019).

6.19. Natalidad



Según estadísticas vitales del DANE, para el año 2016 se registraron en Arauca 262 nacimientos indígenas (133 masculinos y 129 femeninos), de los cuales el 88,6 % correspondieron a madres residentes en área rural dispersa. Ese mismo año se registraron 4.378 nacimientos totales en el departamento, representando la población indígena el 5,98 % del total (DANE, 2016).

Para 2017, se reportaron 4.589 nacimientos en población general y 277 en población indígena (6,04 %), con predominio de residencia rural dispersa (86,64 %) (DANE, 2017).

En 2018, el informe preliminar del DANE registró 4.857 nacimientos totales en Arauca y 230 en población indígena (4,74 %), de los cuales 85,2 % correspondieron a madres residentes en área rural dispersa (DANE, 2018).

La comparación entre indicadores de fecundidad evidencia similitudes entre la TFG indígena nacional y departamental, mientras que la diferencia frente a la población general supera el 60 %, reflejando brechas persistentes en condiciones socioeconómicas y acceso a servicios (DANE, 2005, 2018).

Aunque no se cuenta con información específica por pueblo indígena y se reconoce la multiparidad como factor de riesgo para la mortalidad materna, en contextos de vulnerabilidad demográfica cada nacimiento debe comprenderse como un acto fundamental de reproducción biológica y cultural, esencial para la pervivencia colectiva, siendo obligación del Estado garantizar las condiciones mínimas necesarias para el bienestar materno-infantil desde un enfoque intercultural (OMS, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La tabla 9 muestra el comparativo de índices de fecundidad entre poblaciones indígenas.

Tabla 9. Comparativos índices de fecundidad entre poblaciones según fuentes censales 2005-2025

Indicador	Población general DANE 2005	Población indígena DANE 2005	POB. Indígena Arauca censo comunitario 2025
Fecundidad global	2,44	3,85	SIN DATO
Tasa de fecundidad general	75,5	123,85	125,68



Fuente: DANE / Censos indígenas 2025.

7. Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional

7.1. Caracterización del Estado de Salud desde lo propio.

Para el Pueblo U'wa, la salud y el buen vivir constituyen una visión integral de la vida basada en el equilibrio y la armonía entre la persona, la familia, la comunidad, el territorio, la naturaleza y el mundo espiritual. La salud no se concibe como la ausencia de enfermedad, sino como el cumplimiento de la Ley de Origen, que regula la relación entre los seres visibles e invisibles del universo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Equipo técnico SISPI (2025) afirma:

> "La salud y el buen vivir son una sola cosa y nacen del territorio, sin territorio no hay salud, no hay educación, no hay cultura ni vida, porque es el territorio el que da el agua, el aire, los alimentos, las plantas medicinales y la energía para vivir bien. La salud es poder sembrar, cultivar maíz y otros alimentos propios, tener buenas cosechas y evitar el hambre y la desnutrición; es contar con agua limpia, oxígeno y un ambiente sano, sin químicos que dañen la tierra y el cuerpo". (Cristancho Uncaria, 2025).

La salud es entendida como el equilibrio entre la naturaleza, la familia y la comunidad, equilibrio que se origina en la Ley de Origen desde la creación del mundo. Vivir bien implica respetar dicha ley, mantener una relación armónica con la Madre Tierra y convivir en paz con los seres espirituales y sobrenaturales que habitan el territorio. La pérdida de esta relación genera la aparición de enfermedades, conflictos y estados de desarmonía individual y colectiva.

La salud no se concibe únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de tranquilidad y armonía con la comunidad, el cuidado de la familia y la preservación de los rituales, cantos, ayunos, ceremonias y purificaciones que permiten limpiar las energías negativas y fortalecer el espíritu. La salud inicia desde el nacimiento, cuando el niño establece contacto con los demás seres y es armonizado mediante los rituales propios, y se mantiene a lo largo del ciclo vital con la orientación permanente de los sabedores y las autoridades tradicionales.

Desde esta cosmovisión, el territorio ancestral es concebido como un ser vivo y sagrado, entregado por Sira y protegido por los dioses menores, guardianes del agua, los montes, las plantas, los animales y los seres humanos. Del territorio



emanan la vida, la espiritualidad, el conocimiento y la identidad cultural del Pueblo U'wa; por ello, su protección y defensa constituyen condiciones indispensables para garantizar la salud colectiva, la pervivencia cultural y el buen vivir

El Buen Vivir, en la visión del Pueblo U'wa, se concibe como una forma de vida colectiva sustentada en el respeto, la reciprocidad y el equilibrio entre todos los seres. No se fundamenta en la acumulación de bienes materiales, sino en la armonía entre el cuerpo, el espíritu, el pensamiento, la comunidad y la naturaleza. Este enfoque implica vivir en paz consigo mismo y con los demás, respetar los ciclos naturales, garantizar la soberanía alimentaria y espiritual, y asegurar la transmisión del conocimiento ancestral a las nuevas generaciones como condición para la pervivencia cultural y la salud colectiva

7.2. Concepción de la enfermedad

La enfermedad es entendida como un desequilibrio que puede manifestarse en el cuerpo, el espíritu, el pensamiento, la familia, la comunidad o el territorio. Dicho desequilibrio puede tener causas espirituales, derivadas de la ruptura de la Ley de Origen; culturales por el abandono de las prácticas ancestrales; ambientales por la contaminación o destrucción del territorio; físicas como infecciones o accidentes; o sociales asociadas a la violencia y la desarmonía comunitaria.

Desde esta perspectiva, la enfermedad no es únicamente corporal, sino también espiritual y territorial, y su abordaje exige procesos integrales de armonización orientados a restablecer el orden y el equilibrio, bajo la guía de los sabedores ancestrales. Equipo SISPI (2025) afirmo lo siguiente:

> Para nosotros, la enfermedad se mira desde dos caminos: la enfermedad propia, la que viene de la naturaleza y ley de origen, y la enfermedad que viene de afuera, la que trae el mundo occidental. Las dos existen y las dos afectan al cuerpo, al pensamiento, al espíritu, a la familia, a la comunidad y al territorio (Pérez Cristancho, 2025).

En este mismo sentido comunidades pueblo U´wa (2025) afirmaron lo siguiente:

> Decimos que la enfermedad llega cuando no se respeta la Ley de Origen. Cuando uno corta un árbol sagrado, arranca una mata sin permiso, pesca en un río contaminado, come un alimento sin purificar, se moja cuando llueve y hace sol, pasa por el arcoíris o entra a un sitio sagrado sin autorización, la naturaleza se molesta y nos puede asustar. Ahí vienen las enfermedades,



porque la tierra, las piedras, el agua, los ríos, las lagunas, las montañas y los árboles son seres vivos y tienen espíritu.

Hay enfermedades que vienen del agua, del viento, del sol, de las piedras y de los sueños. A veces el dolor de cabeza, el vómito, la fiebre, los brotes en la piel y la diarrea llegan por la lluvia, por el sol fuerte o por el agua dañada. También hay enfermedades que vienen de los sueños malos, especialmente en las mujeres, y esas pueden ser muy graves. Hay males que no se ven, que están en la sangre, en la orina o en las excretas, y solo los sabedores y adivinadores pueden entenderlos

Entre nuestras enfermedades propias, está la gripa cuando uno se moja con el sol o el arcoíris, cuando vamos a pescar o a cazar y no hacemos bien las cosas, o cuando no preparamos bien los alimentos. También están el mal de ojo, que nosotros llamamos Shawara, y la maldad, que llamamos Kuika, que son enfermedades del espíritu.

Como comunidad, vemos mucho la tos, la gripa, la diarrea, la neumonía, el asma, el dengue, la malaria, la tuberculosis, la anemia, la pulmonía, el vómito, el dolor de cabeza, la desnutrición y, a veces, la obesidad. La gripa y la diarrea se pegan, por eso hay que cuidarse y mantener distancia. A veces llegan solas, sin avisar, y van pasando de una persona a otra.

También sabemos que muchas enfermedades hoy vienen por la contaminación. La explotación petrolera nos ha enfermado, porque el petróleo es la sangre de la tierra. Cuando sacan el petróleo, la tierra sufre, se contamina el aire, el agua y el suelo, y ya no podemos vivir tranquilos. Por eso hay más enfermedades en los pulmones, más desnutrición en los niños y en los mayores, y la tierra ya no produce como antes.

Los alimentos del mundo de afuera también enferman. Los químicos, los transgénicos y los venenos que usan en los cultivos dañan el cuerpo y también el espíritu. El agua contaminada, los ríos dañados y las excretas al aire libre traen bacterias y muchas enfermedades.

Para curarnos, usamos nuestras plantas medicinales, como la mata ratón, el colchón de pobre, el diente de león, la contragavilana, la menta, y hacemos rezos, cantos, limpias y purificaciones con la guía de los médicos tradicionales y los adivinadores. Cuando la enfermedad no se puede sanar solo con lo nuestro, entonces se manda a la persona al puesto de salud o al hospital, porque las dos medicinas deben caminar juntas.



> Para nosotros, la enfermedad no es solo del cuerpo. La enfermedad nace cuando se rompe el equilibrio con la Madre Tierra, cuando se irrespeta la Ley de Origen y cuando se pierde la armonía con el territorio. Sanar es volver al origen, respetar la naturaleza y vivir en equilibrio con todos los seres.

Existen, además, enfermedades naturales que provienen del sol, el agua, los ríos y las montañas. En el caso de los niños, cuando no se realizan las prácticas tradicionales al nacer, como el bautismo propio, se considera que no desarrollan defensas adecuadas. Mientras no se cumple con este ritual, no se deben preparar alimentos en la casa. La falta de estas prácticas y de la purificación genera consecuencias como brotes en la piel, diarrea y desnutrición. Para la picadura de serpiente, la comunidad afirma que definitivamente no hay cura.

En los niños, el tratamiento inicia con lo espiritual, a través de los adivinadores; si no hay mejoría, se recurre al tratamiento occidental. Las principales plantas utilizadas para el tratamiento de enfermedades son la rióbira para la tos, la gripa y la fiebre; los hongos; la caña agria para el uso espiritual; la caraña para el cansancio y el dolor de cabeza; la otoba para sobar maltratos, descuajaduras y calambres; y el yopo, utilizado por las autoridades para la sabiduría espiritual, el examen y el conocimiento. En los niños se usa principalmente para las gripas y fiebres; en la juventud y la adolescencia se presentan las mismas enfermedades; y en los adultos mayores se destaca la TBC.

Otras enfermedades reconocidas incluyen las descuajaduras, la maldad o brujería, las afectaciones por ingresar a lugares contaminados, la debilidad y el dolor de cabeza (sháguara), que también puede presentarse cuando muere un familiar o a través de los sueños. Se mencionan igualmente el paludismo, la diarrea, las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, el cáncer de piel, el alcoholismo, el dengue, el Chagas y la TBC. Estas enfermedades, según la comunidad, se transmiten por la contaminación proveniente del mundo occidental y generan enfermedades respiratorias, de la piel, enfermedades silenciosas, enfermedades crónicas como la cirrosis, así como malformaciones, depresión, suicidio y mal carácter, todo ello asociado al incumplimiento del Origen de la Ley.

Para la comunidad de Calafitas I, la desnutrición tiene un origen tanto espiritual como físico. En la comunidad de Laguna Tranquila se presentan también enfermedades como la neumonía, afecciones dermatológicas, malestar general, granos, fiebre amarilla, enfermedades mentales, problemas de memoria y enfermedades asociadas al alcoholismo.

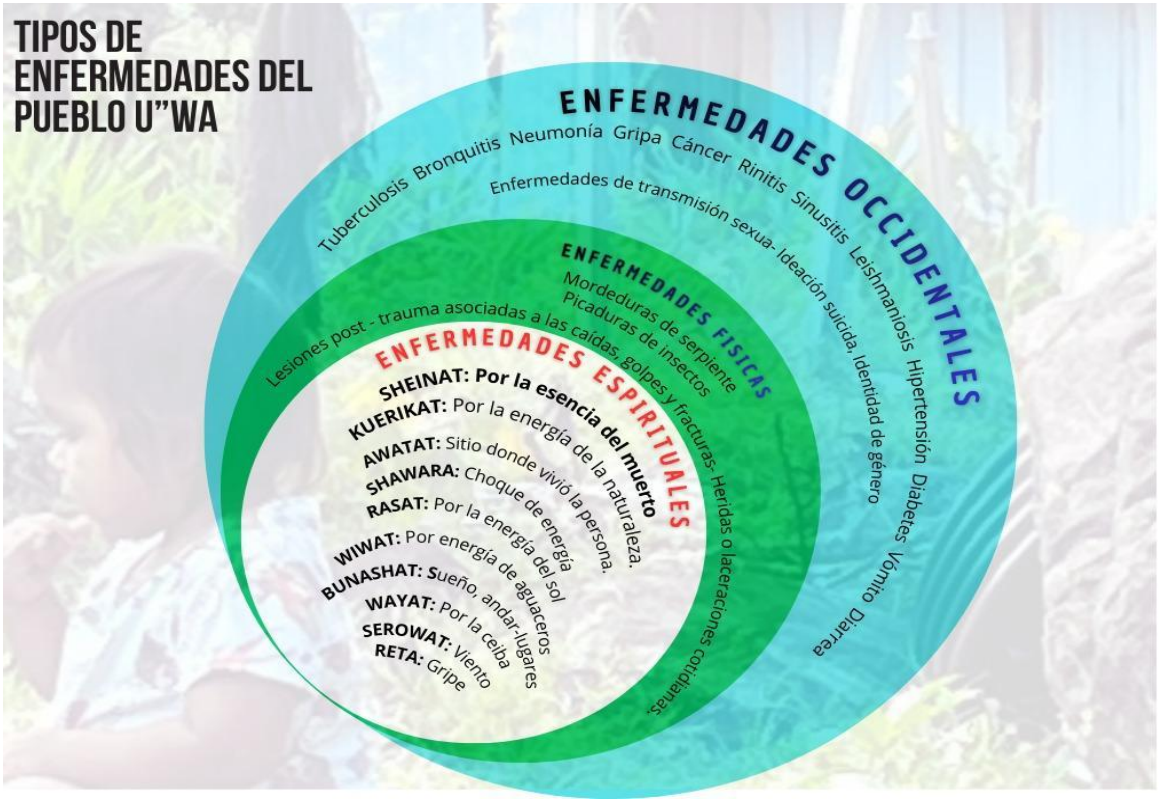
En la comunidad de Angosturas se manifiestan con gran frecuencia enfermedades

como la gripa y las descuajaduras, las cuales son tratadas por el médico espiritual. También se presentan casos de colesterol y triglicéridos elevados. Se han identificado aproximadamente quince adultos con enfermedades crónicas y cuatro niños con desnutrición; para esta comunidad, la obesidad no es considerada una forma de desnutrición.

Finalmente, se reconocen enfermedades muy propias de las comunidades, como la esencia del muerto, relacionada con la energía de la naturaleza y del sitio donde vivió la persona; enfermedades causadas por la energía del sol, del viento, de la ceiba, de los sueños, por transitar ciertos lugares o por la energía de los aguaceros, así como la denominada (retá gripa).

De acuerdo con este concepto y con la perspectiva expresada por las comunidades visitadas, en la siguiente tabla se presenta de manera detallada la clasificación que este pueblo indígena asigna a la enfermedad. La ilustración 2 muestra el tipo de enfermedad del pueblo U´wa.

Ilustración 2. Tipos de enfermedad del pueblo U´wa.



Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025



Vida y muerte en la cosmovisión U'wa

La vida es concebida como un don sagrado que nace del territorio y se sostiene a través de la relación armónica con la Madre Tierra, Sira y los espíritus protectores. Vivir implica cumplir un rol dentro de la comunidad y actuar conforme a los principios establecidos por la Ley de Origen.

La muerte no representa el fin de la existencia, sino una transición espiritual. El espíritu retorna al origen y al territorio ancestral, razón por la cual los rituales de despedida, purificación y acompañamiento espiritual son fundamentales para evitar desequilibrios en los vivos y garantizar la armonía comunitaria.

Las comunidades afirman lo siguiente:

> Para nosotros, la vida y la muerte son condiciones naturales del ser humano, dadas desde el origen. La vida es un derecho que se nos presta y la muerte es un deber que se debe cumplir. Todo está escrito y definido por SIRA, desde el día, la hora, la forma y el lugar en que una persona va a morir. Eso no se puede evitar, porque es un mandato.
>
> La vida es respirar. Si no hay aire, no hay vida sana. Vivir es que los órganos funcionen bien, que el cuerpo, el pensamiento y el espíritu estén en equilibrio. La vida es poder estar bien, cumplir un propósito en la tierra, tener un plan de vida, cuidar la familia y la comunidad. Desde lo espiritual, todo es vida: las plantas son como dioses que dan vida y sostienen este mundo; la tierra, el agua, los animales y el aire mantienen la existencia. Desde que SIRA creó el mundo, dejó las condiciones para que las personas puedan desarrollarse y vivir bien (Comunidades Pueblos U´wa, 2025).

La vida es percibida como un bien prestado que debe ser cuidado, respetado y vivido con responsabilidad, en compromiso con la comunidad y las nuevas generaciones. Mujeres, jóvenes, mayores y autoridades cumplen un propósito específico en la tierra y están llamados a ejercerlo de acuerdo con los mandatos establecidos por la Ley de Origen.

Desde esta cosmovisión, la muerte no es comprendida como el fin de la existencia, sino como una transformación. El cuerpo deja de existir cuando no hay presencia de signos vitales; sin embargo, el espíritu no muere. Se reconoce la existencia de dos formas de vida: la vida terrenal y la vida espiritual. Al morir una persona, su espíritu retorna a SIRA. Si durante su vida actuó conforme al bien, su espíritu



acompaña a SIRA en el cuidado del mundo; si actuó de manera incorrecta, el espíritu inicia un proceso de tránsito y purificación. De acuerdo con este entendimiento, no existe un final definitivo, sino la continuidad de la vida en otra dimensión.

La muerte es considerada también como la devolución a la Madre Tierra, por esto, tiene un significado sagrado y la obligación de ser respetada. Cuando se presenta una muerte en el territorio, se realizan ayunos, remedios y purificaciones con el fin de que el espíritu continúe su camino y se eviten desequilibrios en la familia y en la comunidad. Las autoridades tradicionales (Warjayo, saberdor (a), Tayokina) desempeñan un rol orientador en el manejo del cuerpo, el acompañamiento a los dolientes y la ejecución de los rituales de purificación.

Las comunidades afirmaron lo siguiente:

> Nosotros no prolongamos el duelo como lo hacen los blancos. Se llora, pero se continúa. No se debe aferrarse ni llorar demasiado, porque eso detiene al espíritu. Se ayuna entre cuatro y cinco días para purificar el pensamiento y el corazón, para soltar al que se fue y permitir que su espíritu descanse. El lugar donde murió una persona es sagrado y no se debe pisotear (Comunidades Pueblos U´wa, 2025)

El Pueblo U'wa indicó que, en tiempos anteriores, los muertos eran enterrados en cordilleras y otros lugares sagrados, los cuales se consideraban sitios de respeto. En la actualidad, debido a la contaminación del territorio y a los cambios impuestos, gran parte de los entierros se realiza en cementerios, con el acompañamiento de autoridades de asuntos étnicos, aunque siempre respetando y siguiendo los rituales tradicionales propios de la comunidad.

Las comunidades afirmaron lo siguiente:

> Para nosotros, no hay educación para la muerte, pero sí hay mandato espiritual. SIRA sabe cuándo va a morir cada persona. La autoridad dice que eso está escrito. La muerte dejó de ser vista como algo malo; es algo normal, sagrado y necesario para el equilibrio del mundo.
>
> La vida es una sola y debe amarse. Vivir bien es vivir conforme a la Ley de Origen. Cuando una persona muere, deja de existir el cuerpo, pero el alma se integra nuevamente al orden espiritual. La vida sigue, porque SIRA sigue existiendo, y el espíritu vuelve a caminar con el origen (Comunidades



Pueblos U´wa 2025)

7.3. Medicina propia y Medicina Occidental

La salud indígena del Pueblo U'wa se fundamenta en el conocimiento ancestral, la espiritualidad, la medicina tradicional y la relación armónica con el territorio. Es un sistema colectivo, preventivo e integral, orientado a mantener el equilibrio antes que a tratar la enfermedad.

La medicina occidental, se basa en el enfoque biomédico, científico y clínico, orientado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades mediante procedimientos técnicos, farmacológicos y quirúrgicos. Aunque eficaz para atender determinadas patologías, suele presentar una visión fragmentada del cuerpo, separando lo físico de lo espiritual y cultural.

Los tratamientos para la TBC, mordeduras de serpiente, VIH- SIDA, Cáncer, fracturas, que no se puede curar con la medicina tradicional: la definen como una práctica milenaria y ancestral que se vale de cantos, ritos, ayunos, bautizo, soplos, purificaciones, uso de las plantas sagradas, de esta manera el médico tradicional juega un papel importante desde el mundo espiritual y terrenal.

El Modelo de Salud Propio e Intercultural reconoce que ambos sistemas responden a lógicas distintas pero complementarias, y que su articulación respetuosa es necesaria para garantizar el derecho fundamental a la salud del Pueblo U'wa. La tabla 10 nombra los factores de desequilibrio y desarmonía en la salud y enfermedades de la comunidad.

Tabla 10. Factores de desequilibrio y desarmonía en la salud-enfermedades propias.

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	CAUSAS	RITUALES DE SANACIÓN	INSUMOS NECESARIOS PARA TRATAMIENTO	TRATAMIENTO



	Muerte Natural	PURIFICACIÓN	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	Por disposición de la autoridad tradicional, si la muerte es natural, solo los familiares del fallecido deben cumplir el ayuno. Para ello, se retiran de su vivienda, abandonado todo, y se trasladan a la montaña, a un espacio natural destinado para este propósito, donde permanecen en contemplación de la naturaleza. No podrán salir de allí hasta que el médico tradicional realice el tratamiento correspondiente. Durante ese tiempo no consumirán alimentos occidentales ni propios, sino únicamente lo que la autoridad autorice. Una vez hayan cumplido con el tratamiento indicado, podrán regresar a su hogar.



SHEINA: Muerte	Muerte Violenta: Se produce por el uso de armas cortopunzantes o armas de fuego, accidente de tránsito.etc	PURIFICACIÓN	Tabaco Hayo Cal Cañaagria	Es similar a la primera, pero más estricta, ya que no se puede utilizar ningún elemento, ni propio ni occidental. En este caso, toda la comunidad realiza el ayuno. Durante este período se cierran las entradas y salidas de la comunidad, y no se permite el ingreso de personas externas. El ayuno puede durar entre veinte días y un mes.



	Cuando Fallece Una Autoridad Nivel De Sabiduría: NIVEL 1 - NIVEL 2 NIVEL 3	PURIFICACIÓN	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	**PURIFICACIÓN 1:** Allí, el adivinador, sabedor o bacteriólogo determina cómo debe realizarse el ayuno, cuántos días debe durar y en qué momento debe iniciarse. **PURIFICACIÓN 2:** El Werjayá inicia entonces el procedimiento y da comienzo al ayuno por un período de 15 a 20 días. **PURIFICACIÓN 3.** El adivinador o examinador determina cuándo debe iniciarse el proceso y, si no es posible, se acude a Baukarina para que oriente sobre lo que se puede hacer. Si aun así no se encuentra solución, se realiza una consulta directa a Sira (Dios), quien brinda la orientación sobre el origen de la enfermedad, las acciones necesarias para controlarla y el tiempo que se debe cumplir de ayuno.



				En cualquier caso, se debe acudir primero al sabedor, bacteriólogo o adivinador para que determine el tipo de purificación y se deriva a la autoridad correspondiente.
KUIKA: Maldad	Familiar Colectiva Territorial	AYUNO	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	Existen tres niveles. El primero es el personal, dirigido a una sola persona, y únicamente ella realiza el ayuno. El segundo es el familiar, en el que ayuna toda la familia. El tercero es el territorial, donde participa toda la comunidad. El retiro se lleva a cabo en un espacio propio, ubicado en la montaña. Allí se



				pierde todo contacto con el exterior y no se consumen alimentos, salvo aquellos que el médico tradicional autorice. Este proceso se realiza en un lugar diferente al espacio de atención.
SHAWARA: Alteración Espiritual	Choque De Energía Mala Y Buena	RITO ESPIRITUAL ARMONIZACIÓN	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	**ARMONIZACIÓN:** Es un proceso individual o personal que consiste en la realización de un masaje cultural por parte de una autoridad menor. No requiere reposo espiritual ni ayuno.
KUERICA /SIRRAMAT: Falta a la Ley de Origen	Fiebre Neumonía Cólicos Dolor de Cabeza Mareos	AYUNO	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	**PURIFICACIÓN**: Es delicado y contine dieta y reposo espiritual. El adivinador realiza su examen espiritual, allí puede manifestar cuando debe empezar y verifica que autoridad/medico puede realizar el tratamiento de acuerdo con su capacidad médica, si es niño va acompañado de sus padres; si es adulto va solo, el ayuno puede ser tres noches o cuatro noches incluido el día. Según el resultado del



				médico adivinador.
SHERBARA Tocar Bejuco Vivo	Dolor Mancha Quema Rasquiña Brotes Fiebre	PURIFICACIÓN	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruliza Cañaagria	**PURIFICACIÓN:** Lo realiza el medico menor ayunando dos días en la casa y mantiene dieta propia sin salir de casa y no puede consumir alimentos de otra familia.
KUARAMA Desobediencia del sistema de conocimiento	Fallecimiento de la persona	AYUNO	Tabaco Hayo Cal Yopo	**NO EXISTE CURA INMEDIATA**: El paciente fallece, el medico tradicional con su estudio y análisis propio examina que se debe realizar para que la enfermedad no se propague en el territorio y en las familias, allí se recurre al ayuno por mes de acuerdo con el examen del sabedor, bacteriólogo o adivinador.



RUSAMAN: Tomar o beber agua de un caño o nacedero contaminado (Malos espíritus)	TBC Cáncer Llagas Chagas Calambres Trombosis Gripa Ulcera Lepra	AYUNO	Tabaco Hayo Cal Pluma de Garza Ruriza Caña Agria - Ritasha	**PROCEDIMIENTO**: El medico adivinador o sabia examina cual es la enfermedad y el procedimiento y cuantos días se debe tratar el paisano, luego el medico tradicional hace su procedimiento del ayuno que dura entre 8 días a 15 días; sin embargo, hay casos que pueden durar un año o más. En estos casos se acude a la medicina occidental.
SHEINAT: Por la esencia del muerto				
KUERIKAT: Por la energía de la naturaleza.				



AWATAT: Sitio donde vivió la persona.				
RASAT: Por la energía del sol				



SEROWAT: Viento				
WAYAT: Por la ceiba				
BUNASHAT: Sueño, andar-lugares				

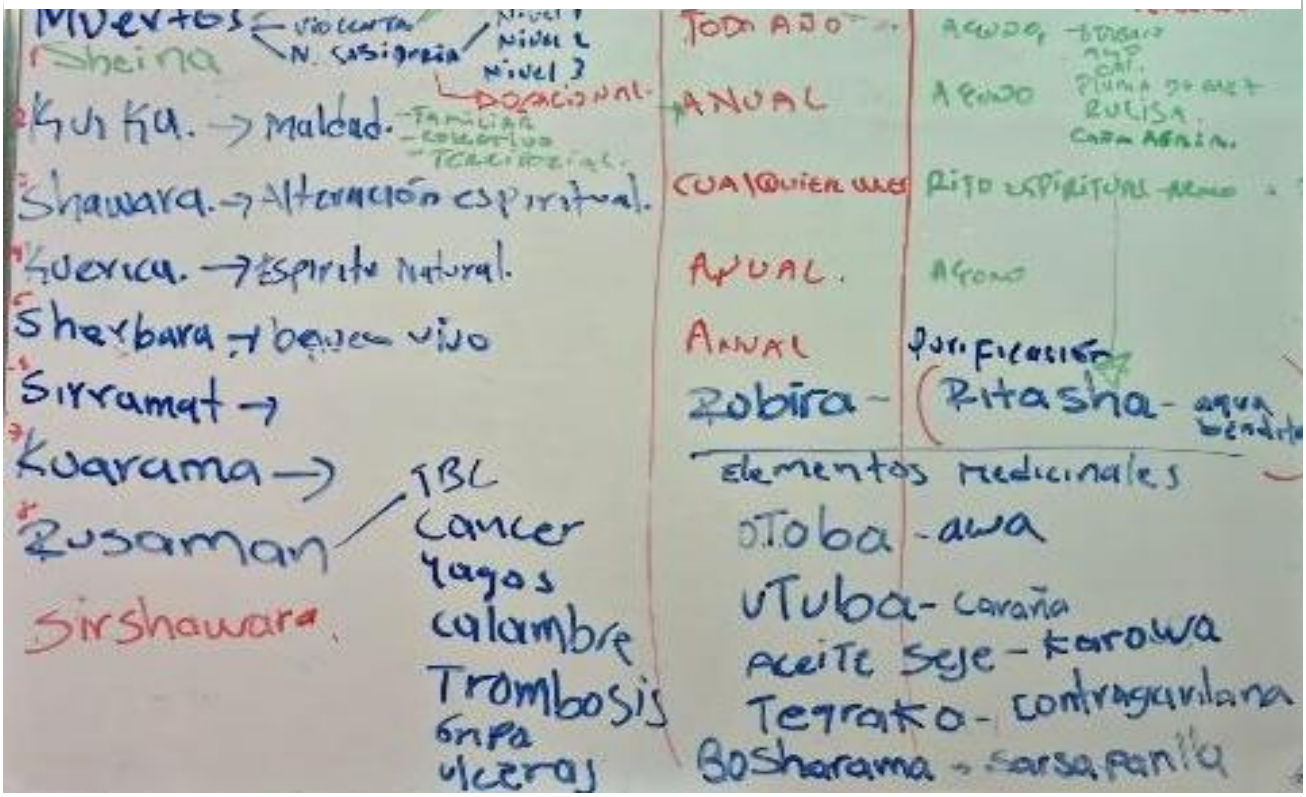


WIWAT: Por energía de aguaceros				
RETA: Gripe				

Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025.

La ilustración 3 muestra el resultado del trabajo de campo realizado para recolectar la información correspondiente a los desequilibrios y enfermedades propias.

Ilustración 3. Trabajo de campo de los factores de desequilibrio, enfermedades propias



Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025.

7.4. Factores protectores de la salud desde lo propio

Los pueblos indígenas continúan desarrollando prácticas tradicionales orientadas a la prevención y tratamiento de diversas enfermedades, en coherencia con su cosmovisión y su relación integral con el territorio.

En el documento se presenta de manera clara y organizada el talento humano en salud identificado en cada una de las comunidades visitadas del pueblo U'wa en los municipios de Fortul, Tame y Saravena. Se detallan los roles y funciones de las autoridades tradicionales, sabedores, warjayá, auxiliares y demás actores comunitarios que participan activamente en los procesos de cuidado y atención en salud, reconociendo su experiencia, trayectoria y legitimidad dentro del sistema propio.



De igual manera, se describen las distintas prácticas tradicionales que se desarrollan con fines preventivos, de diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con la cosmovisión U'wa. Estas prácticas incluyen procesos de armonización espiritual, orientación mediante el saber ancestral, uso de plantas medicinales, rituales específicos, recomendaciones alimentarias y acompañamiento comunitario, entre otros. Cada una de ellas responde a una comprensión integral de la salud, donde el equilibrio entre la persona, el territorio y el mundo espiritual es fundamental para el bienestar colectivo.

El documento no solo visibiliza estas acciones, sino que permite comprender cómo el sistema de salud propio se encuentra estructurado y en funcionamiento dentro de las comunidades, evidenciando la importancia de fortalecer, reconocer y articular este talento humano tradicional en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

7.5. Ley de Origen y complementariedad del cuidado de la salud

La Ley de Origen es el fundamento espiritual, cultural y normativo que orienta la vida del Pueblo U'wa. Fue establecida por Sira y regula la relación con el territorio, la naturaleza, la comunidad y los seres espirituales, definiendo las normas de convivencia, sanación y cuidado de la vida. Su incumplimiento genera desequilibrios que se expresan como enfermedad individual o colectiva.

El trabajo de campo arrojo lo siguiente:

> Si hay obediencia, hay salud. No se habla de "ley de origen", sino de Origen de la Ley, porque viene desde el principio. Para el pueblo U'wa, lo espiritual prima sobre lo físico. Para vivir de manera armónica debe existir una coexistencia, un correlacionamiento y una cohabitabilidad con los seres sobrenaturales y con la comunidad.
>
> La ley de la salud y el origen de la Ley constituyen una estructura y un sistema de gobierno propio. Actualmente, en el ámbito de la salud se presentan dificultades y debilitamientos, debido al desconocimiento de lo que SIRA dejó a través de esa estructura, la cual se convierte en una regla de obligatorio cumplimiento. Es precisamente por el incumplimiento y el debilitamiento del Origen de la Ley que se generan las enfermedades.
>
> La relación entre la salud, el Origen de la Ley de SIRA y el mundo occidental se fundamenta en el equilibrio con la naturaleza, pues de ella proviene la



vida, y cuando hay equilibrio con la naturaleza se mantiene la salud. La ley de origen se relaciona con prácticas como el consumo del tabaco y el hayo, que transmiten el conocimiento político y espiritual de la salud. Esta es la ley ancestral, la ley de lo espiritual y de la cosmovisión: si se pierde lo espiritual, no hay salud.

La conexión con el Dios SIRA se mantiene a través de la relación con las plantas, las cuales ayudan a proteger la vida. Esta relación se transmite por medio de los Werjayas de SIRA, quienes entregaron las leyes a través del consumo del hayo, el yopo y el canto. De esta manera se sostiene el equilibrio entre el ser humano y la naturaleza, mediante el tabaco y su relación directa con SIRA.

El Origen de la Ley es de donde viene el pueblo; es una ley que no se puede violar. Dios es el primero y es quien le da el mandato y el trabajo a la autoridad tradicional.

El Origen de la Ley y la salud se relacionan de la siguiente manera: cuando una persona se enferma, primero debe ser llevada a la medicina ancestral. La autoridad diagnostica si el paciente puede curarse dentro de la comunidad o si no es posible. Según el diagnóstico de la enfermedad, se determina si debe acudir a la institucionalidad.

En ocasiones, los pacientes son llevados directamente a la medicina occidental y allí se “manipula” al paciente, por lo que se considera importante reconocer que el ciudadano indígena también posee conocimiento propio en salud. En la actualidad, la medicina ancestral no se maneja al cien por ciento; sin embargo, como comunidad se han hecho esfuerzos por fortalecerla.

Cuando un niño se enferma, los padres y la autoridad adivinan si puede ser tratado con la medicina ancestral o si debe ser llevado al hospital. Durante este proceso, primero se acude al médico tradicional; si es necesario, también se complementa con la medicina occidental. En el hospital, el examen lo realiza el bacteriólogo, quien identifica el virus que afecta al paciente, así como el adivinador realiza su diagnóstico espiritual.

En la comunidad de Calafitas I existen entre tres y cuatro personas que ejercen funciones médicas de nivel medio dentro de la autoridad; en este caso, el mismo cacique cumple el rol de médico tradicional. El cacique maneja todos los temas de la comunidad, mientras que el médico tradicional se enfoca exclusivamente en la salud.



La medicina tradicional, a través del Origen de la Ley, actualmente no está completamente fortalecida, pero tampoco se ha perdido; se encuentra en un nivel intermedio. Como comunidad, conservan la cultura y han transmitido a las nuevas generaciones el conocimiento, aunque reconocen que ha disminuido la capacidad y que es necesario preparar a jóvenes y niños para que puedan ejercer estos roles en el futuro.

Refieren que Occidente no enseña lo propio; sin embargo, consideran importante fortalecer también la medicina occidental, de manera que se pueda contar con un puesto de salud intercultural que articule lo propio con lo externo, sin perder la identidad ni el Origen de la Ley (Trabajo de campo SISPI, 2025)

El SISPI se sustenta en el principio de complementariedad, entendido como el diálogo respetuoso y no subordinado entre la medicina tradicional U'wa y la medicina occidental. Esta complementariedad se materializa mediante la articulación entre sabedores ancestrales y personal de salud institucional, la construcción de rutas de atención interculturales, el respeto por los tiempos y decisiones comunitarias y el reconocimiento del rol central de los sabedores en los procesos de cuidado y sanación.

7.6. Talento Humano Propio en Salud

A continuación, se relaciona el talento humano en salud (medicina tradicional y occidental), residente en las comunidades indígenas del Departamento de Arauca.

Tabla 11 relaciona el talento humano en salud residente en las comunidades indígenas visitadas Pueblo U´WA, Arauca - 2025.

Tabla 11. Talento humano en salud residente de las comunidades U´wa visitadas, Arauca 2025.

Comunidad	Nombres	Apellidos	Edad	Sexo	Rol en la comunidad
Playas de Bojabá	Antonio	Cristancho Uncaria	42	Masculino	Adivinador



	Benito	Tegría Morales	40	Masculino	Sobandero
	Felipe	Tarazona Ritambria	36	Masculino	Autoridad Tradicional
	Josefina	Cristancho Uncaria	45	Femenino	Adivinadora
	Margarita	Bocota Uncaria	55	Femenino	Partera
	Martha	Cristancho Bocota	50	Femenino	Gestora Comunitario
	Norvey	Pérez Cristancho	30	Masculino	Gestor Comunitario
	Elizabeth	Soto Tegría	Sin dato	Femenino	Enfermera profesional
	Rosinda	Bocota	64	Femenino	Partera
Uncaria	Camargo	Cristancho	Sin dato	Masculino	Cacique



	Catalina	Uncaria	Sin dato	Femenino	Sabedora
	Francisco	Uncaria	Sin dato	Masculino	Cacique
	José	Perico Salon	Sin dato	Masculino	Líder de la Comunidad
	Lucia	Tarazona	Sin dato	Femenino	Sabedora
	Manuel	Vega Vega	Sin dato	Masculino	Partero
	Danilo	Tamarán	Sin dato	Masculino	Auxiliar en Enfermería
	Pedro	Alcántara Tegría	Sin dato	Masculino	Cacique
	Reinaldo	Tegria	Sin dato	Masculino	Cacique
Chivaraquía	Elvira	Chivaraquia	Sin dato	Femenino	Adivinadora



	Laureano	Gómez Chivaraquia	69	Masculino	Bautismo
	Miryam	Ibarra Chivaraquia	58	Femenino	Sabedora
	Oliva	Medina Chivaraquia	54	Femenino	Sabedora
	Polo	Uncaria	45	Masculino	Autoridad Media
	Ricardo	Ibarra Chivaraquia	51	Masculino	Autoridad
	Tirzo	Ibarra Chivaraquia	60	Masculino	Autoridad Tradicional
	William	Uncaria	44	Masculino	Medicina Espiritual
	Yolanda	Gómez Chivaraquia	70	Femenino	Sabedora
Calafitas 1	Alba Luz	Pérez Ruiz	44	Femenino	Sobandera



	Carlos Arturo	Uncaria	38	Masculino	Dinamizador
	Eris Elena	Perico Salon	49	Femenino	Sabedora
	José Luis	Parales Medina	39	Masculino	Dinamizador
	Marcos	Tarazona	70	Masculino	Autoridad - Partero
	Margarita	Uncaria Uncaria	49	Femenino	Sabedora
	Ofelia	Pérez	49	Femenino	Sabedora - Partera
	Pablo	Uncaria Pérez	Sin dato	Masculino	Jefe en Enfermería
	Rodrigo	Pérez Pérez	60	Masculino	Autoridad
	Samuel	Bocota Medina	52	Masculino	Autoridad



	Wilson	Diaz Pérez	21	Masculino	Auxiliar en enfermería
Calafitas 2	Carmen	Pérez Pedraza	Sin dato	Femenino	Adivinadora
	Carmen	Uncaria	59	Femenino	Cacica - Partera
	María	Lizarazo Uncaria	51	Femenino	Adivinadora
	María Eugenia	Tarazona	Sin dato	Femenino	Cacica
	Margarita	Uncaria	82	Femenino	Adivinadora
	Marta	Ramírez Lizarazo	43	Femenino	Adivinadora
	Miguel	Bocota	Sin dato	Masculino	Adivinador
	Omaira	Pérez Lizarazo	37	Femenino	Adivinadora



	Otilba	Lizarazo Uncaria	Sin dato	Femenino	Adivinadora
	Simón Pedro	Zaraso	74	Masculino	Autoridad - Partero
	Yolanda	Tarazona	29	Femenino	Adivinadora
Uncasia	Álvaro	Machado Tegria	33	Masculino	Técnico auxiliar en enfermería
	Angie Liseth	Caicedo Salazar	30	Femenino	Técnico auxiliar en enfermería
	Angy Yadira	Monterrey Uncasia	28	Femenino	Técnico atención integral a la primera infancia
	Darianny Roselia	Leal Salazar	28	Femenino	Ingeniera Ambiental
	Dennis Yormery	Monterrey Uncasia	32	Femenino	Psicóloga Normalista - Auxiliar en enfermería
	Ismael	Uncasia	69	Masculino	Mayor



		Uncasia			
	Jesús	Uncasia Andrés	78	Masculino	Mayor
	Joaquín	Rangel Uncasia	60	Masculino	Medico Tradicional Menor
	José Eulices	Uncasia Uncaria	40	Masculino	Médico dermatólogo
	Ligia María	Uncaria Salazar	71	Femenino	Mayora
	María Angustia	Uncasia Mora	62	Femenino	Mayora
	Nelcy Yakeline	Cobaría Rotarbaria	34	Femenino	Técnico Laboral por Competencia Auxiliar en Farmacia
	Ruth	Uncasia Alfonso	38	Femenino	Técnico Laboral por Competencia Auxiliar en enfermería



Wuarakubo	Alirio	Rinconada Cibariza	58	Masculino	Autoridad
	Jeison	Tegria	34	Masculino	Traductor de Salud Pública
	Leidy Johana	Tegria Fuentes	30	Femenino	Técnico auxiliar en enfermería
	Horacio	Martínez	65	Masculino	Adivinador
	Sara Yadira	Machado Tegria	19	Femenino	Técnico auxiliar en enfermería
Cerro alto	Alfredo	Lamus Arena	30	Masculino	Autoridad Menor
	Anita	Granado	Sin dato	Femenino	Sabedora, sobandera, Partera.
	Antonio	Arenas	79	Masculino	Sabedor
	Dumar	Vargas Romero	47	Masculino	Autoridad Menor, Sabedor y Gobernador



	Elvira	Granados Romero	92	Femenino	Sabedora, sobandera, Partera.
	Ernesto	Mejía Arenas	36	Masculino	Sabedor
	Graciela	Lamus Arenas	Sin dato	Femenino	Sabedora, sobandera, Partera.
	Iván Antonio	Arenas Romero	51	Masculino	Sabedor
	José Elías	Machado Arenas	43	Masculino	Sabedor
	Laureano	Pérez Cibariza	38	Masculino	Autoridad Menor, Sabedor y Tesorero
	Len Ariel	Arenas Pérez	28	Masculino	Autoridad Medio
	Luisa	Pérez Arenas	45	Femenino	Sabedora



	Patricia	Arenas Arenas	77	Masculino	Autoridad Mayor
	Olga Patricia	Mejía Arenas	40	Femenino	Sabedora
	Teresa	Lamus Albarracín	46	Femenino	Sabedora
	Wilmer	Lamus Machado	20	Masculino	Sabedor
	Wilson Benin	Martínez Romero	50	Masculino	Autoridad Mayor y Sabedor
	Yamil	Martínez Galvis	34	Masculino	Sabedor
Laguna tranquila	Diomedes	Fuentes Rinconada	61	Masculino	Autoridad
Cerro cristal	Maribel	Hernández Juez	43	Femenino	Nutricionista
	Roque	Rinconada	48	Masculino	Sabedor



Angosturas	Abelino	López Calle	53	Masculino	Sabedor
	Briceida	Anave Anave	69	Femenino	Partera - Sobandera
	Flor Milena	Peñaloza Anave	34	Femenino	Gestora Comunitaria
	Heidy Lorena	Vásquez Anave	23	Femenino	Técnico Integral en atención a la primera infancia
	Hermelina	Ardila Carreño	21	Femenino	Técnico Integral en atención a la primera infancia
	Hermides	Peñaloza Anave	Sin dato	Masculino	Auxiliar en enfermería
	Juana	Medina Anave	36	Femenino	Agente Comunitario en Salud
	María Eugenia	Medina Anave	65	Femenino	Partera - Adivinadora
	Santiago	Calafitas	75	Masculino	Autoridad



	Yerly Yulema	Vásquez Anave	25	Femenino	Técnico Integral en atención a la primera infancia
	Luz Rocío	Ramírez Carreño	Sin dato	Femenino	Técnico Laboral por Competencia Auxiliar en enfermería
SABANA DE CURIPAO	No reporta, necesitan esperar autorizan.				
San miguel	Azucena	Machado Vargas	37	Femenino	Partera
	Feliza	Vargas Romero	51	Femenino	Adivinadora
	Isabel	Camejo Bocota	48	Femenino	Partera
	Leticia	Arenas Lamus	58	Femenino	Cacica
	Margarita	Mejía Arenas	48	Femenino	Cacica



	María	López Bocota	95	Femenino	Sabedora
	Nelsy	Bocota Vargas	27	Femenino	Sobandera

Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI de 2025.

La tabla 12 Consolida el talento humano en salud indígena residente en los resguardos UWA visitados, Dpto. de Arauca, 2018.

Tabla 12. Consolidado de talento humano en salud indígena residente en las comunidades U´wa visitado, departamento Arauca 2018,

Talento humano en salud	**Frecuencia**
Adivinador (a)	13
Agente o gestor comunitario	4
Autoridad tradicional	10
Autoridad media	2
Autoridad mayor	2



Autoridad menor	3
Técnico auxiliar de enfermería	10
Cacique o cacica	8
Dinamizador	2
Ingeniera ambiental	1
Enfermero profesional	2
Médico especialista en dermatología	1
Nutricionista	1
Parteras o parteros	14
Sabedores	26
Sobadores	7



Técnico Integral en Atención a la Primera Infancia	4
Traductor de Salud Pública	1
Total	**111**

Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025. PENDIENTE TH SABANA DE CURIPAO

Recurso Humano Existe Del Área Administrativa

COMUNIDAD	CANTIDAD
PLAYAS DE BOJABÁ	
UNCARIA	
CHIVARAQUÍA	



CALAFITAS 1

CALAFITAS 2

UNCASIA

WUARAKUBO

CERRO ALTO

LAGUNA TRANQUILA

CERRO CRISTAL

ANGOSTURAS

SABANA DE CURIPAO

SAN MIGUEL

Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025

7.7. Determinantes sociales



Los determinantes sociales corresponden a las condiciones sociales cotidianas de los seres humanos, que influyen directamente en su estado de salud. A continuación, se relacionan los elementos históricos, sociales, económicos y culturales que condicionan la salud del pueblo indígena U'wa asentado en el territorio del Departamento de Arauca.

7.8. Tensiones contemporáneas que afectan la medicina tradicional

La continuidad de la medicina tradicional U'wa se ha visto afectada por múltiples presiones externas, entre ellas la deforestación, la expansión de población colona, las restricciones impuestas por actores armados y la pérdida progresiva del idioma propio en zonas de mayor contacto intercultural. Estas dinámicas han limitado el acceso a sitios sagrados y han reducido la disponibilidad de diversas especies de plantas medicinales, algunas de las cuales han desaparecido o se encuentran actualmente en áreas de difícil acceso.

Adicionalmente, la transformación del territorio ha generado un debilitamiento de los circuitos tradicionales de transmisión del conocimiento, afectando la formación de nuevos *Werjayá* y la práctica cotidiana de la medicina propia. Equipo técnico SISPI (2025) afirma: "La montaña ya no entrega lo mismo. Donde la tierra está herida, las plantas se esconden. Y si la palabra se pierde, también se pierde el camino para buscarlas" (mayor de la comunidad Laguna Tranquila).

Este testimonio refleja la relación directa que establece el pueblo U'wa entre la integridad del territorio, la preservación del conocimiento ancestral y la sostenibilidad del sistema de salud propio. Desde esta perspectiva, la protección territorial, la revitalización lingüística y el fortalecimiento cultural constituyen componentes estructurales del SISPI, indispensables para garantizar la pervivencia física y espiritual del pueblo U'wa.

7.9. Aproximaciones y afectaciones territoriales

7.9.1. Movilidad Forzada.

A nivel nacional, los resultados del Censo General 2005 evidencian procesos de migración de población indígena hacia cabeceras municipales, asociados a múltiples factores, entre ellos la pérdida progresiva de identidad cultural, la búsqueda de mejores condiciones de vida, las necesidades educativas, las



amenazas derivadas del conflicto armado y la inseguridad alimentaria (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005). Estas dinámicas han incidido en la transformación de los patrones tradicionales de asentamiento, históricamente vinculados a la ruralidad dispersa.

En el caso particular del departamento de Arauca, a las causas anteriormente mencionadas se suma la expulsión de miembros de algunas comunidades como medida de control social frente al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con lo manifestado por autoridades tradicionales durante el levantamiento del censo comunitario. Este fenómeno constituye un factor adicional de fragmentación familiar y territorial, con impactos directos sobre la cohesión comunitaria y el bienestar colectivo (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Es importante señalar que no se dispone de datos oficiales consolidados que permitan cuantificar estas dinámicas migratorias a partir del censo comunitario U'wa 2025, situación que limita el análisis estadístico del fenómeno y refuerza la necesidad de fortalecer los sistemas propios de información, articulados con las entidades del Estado, desde un enfoque intercultural (DANE, 2018; Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Los conflictos territoriales identificados se relacionan principalmente con la reducción progresiva del territorio ancestral, la expansión de la frontera agropecuaria, la apropiación de fuentes hídricas, la construcción de infraestructura vial y la exploración y explotación de recursos naturales. Estas dinámicas han generado profanación de sitios sagrados, contaminación ambiental y afectaciones profundas al tejido social, cultural y espiritual del pueblo U'wa.

El conflicto armado interno ha agravado estas afectaciones, generando desplazamientos, confinamientos, hacinamiento productivo y la pérdida de espacios tradicionales de caza, pesca y cultivo. La presencia de actores armados legales e ilegales continúa representando un riesgo diferencial para las comunidades indígenas.

7.10. Exploración y explotación de hidrocarburos y minería

El pueblo U'wa es reconocido a nivel nacional e internacional por su resistencia frente a la exploración y explotación de hidrocarburos y minerales en su territorio ancestral. Desde la Ley de Origen, estas actividades son concebidas como una amenaza directa al equilibrio del ambiente integral y a la pervivencia del pueblo.



A pesar de la existencia de instrumentos como la consulta previa, el pueblo U'wa ha denunciado que estos procesos se desarrollan de manera formalista, sin garantizar el consentimiento libre, previo e informado, y bajo lógicas de negociación que desconocen el carácter sagrado e innegociable del territorio y de los recursos naturales.

7.11. Parque Nacional Natural El Cocuy - ASIS

La declaratoria del Parque Nacional Natural El Cocuy constituye uno de los principales conflictos territoriales del pueblo U'wa, al superponerse con resguardos legalmente constituidos y con el núcleo espiritual de su cosmovisión. La Sierra Nevada del Cocuy es concebida como el centro del mundo U'wa, lugar de origen de la vida y espacio de comunicación con los seres superiores.

La delimitación del parque se realizó sin concertación efectiva con el pueblo U'wa, restringiendo su movilidad interna, sus prácticas culturales y su ejercicio de autoridad territorial. Esta situación ha generado tensiones permanentes y constituye una de las principales demandas dentro del Plan de Salvaguarda del Pueblo U'wa.

7.12. Establecimiento de bocatomas para acueductos regionales y municipales

En los municipios de Saravena, Fortul y Tame se ha evidenciado la conexión y construcción progresiva de bocatomas para acueductos veredales, regionales y municipales, incluso al interior de territorios indígenas, situación que ha generado el ingreso de población foránea a los espacios de vida del pueblo U'wa. Este proceso ha incrementado de manera sostenida la demanda de agua para actividades domésticas, agrícolas e industriales, impulsando la expansión de redes de servicios y la ampliación de la frontera agropecuaria, con efectos directos sobre los resguardos, particularmente por el aumento de prácticas asociadas a ganadería, extracción de madera, caza y pesca (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Si bien el pueblo U'wa no busca restringir el acceso de la población general a los recursos hídricos, se resalta que estos proyectos se han implementado sin procesos adecuados de socialización ni consulta con los verdaderos custodios y guardianes de las principales fuentes de agua del territorio. Esta omisión ha generado



afectaciones culturales, espirituales y sociales, alterando la tranquilidad y el equilibrio de la vida comunitaria, además de profundizar presiones externas sobre ecosistemas estratégicos (Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales, 2025).

Desde una perspectiva institucional, la gestión integral del recurso hídrico reconoce la necesidad de garantizar la participación efectiva de los pueblos indígenas en la planificación y ejecución de proyectos que incidan sobre sus territorios, especialmente cuando se trata de fuentes abastecedoras de agua, dada su relevancia ambiental, cultural y de subsistencia (Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2014). Asimismo, los procesos de expansión de infraestructura en zonas rurales dispersas deben analizarse en relación con los cambios en la ocupación del suelo y la dinámica poblacional, factores que inciden directamente en la sostenibilidad territorial (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2018).

7.13. Análisis del contexto ambiental y sus implicaciones en la salud colectiva

Desde décadas anteriores, el territorio ancestral del Pueblo U'wa ha sido objeto de múltiples procesos de intervención antrópica asociados a dinámicas colonizadoras y a intereses económicos externos. Estas intervenciones han incluido la extracción selectiva de madera con fines comerciales, la tala, roza y quema de bosques, y el posterior establecimiento de actividades agropecuarias y ganaderas, configurando un modelo de ocupación que ha generado el desplazamiento histórico de los pueblos indígenas de sus espacios tradicionales.

Como consecuencia directa de estas prácticas, se ha producido un empobrecimiento progresivo de los suelos, especialmente por el uso reiterado del fuego, que destruye el hábitat de numerosas especies animales y vegetales. Asimismo, la eliminación de la cobertura boscosa ha modificado el microclima local, dejando los suelos expuestos a la acción de vientos y lluvias, lo que ha incrementado los procesos erosivos y la pérdida de fertilidad.

Estos cambios han derivado en transformaciones geomorfológicas del territorio, donde extensas áreas de bosque han sido reemplazadas por zonas de pastos, provocando el desplazamiento de la fauna silvestre hacia ecosistemas más adecuados para su supervivencia. El avance continuo de la ocupación humana y la intensificación de las actividades agrícolas y ganaderas han generado, entre otros



impactos:

Deterioro progresivo de los bosques, quedando únicamente relictos arbóreos en zonas adyacentes a ríos, caños y quebradas.

Presión, desplazamiento y extinción de especies faunísticas y florísticas que anteriormente eran comunes en el territorio.

Alteraciones significativas en los caudales de caños y quebradas, así como la sequía permanente de algunas fuentes hídricas.

Colonización de zonas altas, ampliando la frontera agropecuaria y profundizando la deforestación.

Estos procesos han impactado de manera diferenciada los componentes ambientales del territorio, con efectos acumulativos que inciden directamente en las condiciones de vida y salud del Pueblo U'wa.

7.14. Impactos específicos por actividad antrópica

7.14.1. Extracción de madera

La extracción de madera mediante la tala de especies nativas para uso en construcción, elaboración de muebles y cercas ha generado una disminución significativa de especies protectoras y productoras, tales como el anime (Montanoa sp.), cedro amargo (Cedrela odorata), flor amarilla (Tabebuia spp.), guamo (Inga acuminata), tulúa (Bombacopsis quinata), pardillo (Cordia sp.), guadua (Guadua angustifolia), palma real (Scheelea butyracea) y balso (Ochroma pyramidale), entre otras.

Aunque existe una posibilidad de recuperación natural, la magnitud del impacto ha sido alta, con efectos directos e inmediatos, de carácter acumulativo, y reversibles únicamente a mediano plazo si se garantiza la protección de los individuos jóvenes y de menor valor comercial. Esta actividad ha reducido de manera significativa la cobertura vegetal, afectando también especies no maderables y debilitando la



estabilidad ecológica del territorio.

7.14.2. Labores agro-pastoriles

Las labores agro-pastoriles han constituido la principal causa de alteración ambiental en el territorio U'wa. El proceso inicia con la tala y quema del bosque, permitiendo una liberación rápida de nutrientes del suelo, seguida del cultivo temporal de especies de pan coger hasta el agotamiento de dichos nutrientes. Posteriormente, se establecen pastos artificiales como brachiaria, guinea y brizanta, adaptados a suelos empobrecidos, para el sostenimiento del ganado bovino.

Este modelo productivo ha alterado las características fisicoquímicas de la capa superficial del suelo, disminuyendo su capacidad de retención hídrica y modificando los patrones naturales de drenaje. Como resultado, se incrementan las escorrentías superficiales y la susceptibilidad a la erosión, con efectos negativos acumulativos y, en muchos casos, irreversibles.

La erosión y el arrastre de sedimentos hacia los cuerpos de agua han deteriorado la calidad fisicoquímica de las fuentes hídricas, afectando los ecosistemas acuáticos y la disponibilidad de agua limpia para el consumo humano, lo cual repercute directamente en la salud colectiva del Pueblo U'wa.

7.14.3. Extinción y desplazamiento de especies faunísticas

La caza indiscriminada, junto con la tala y quema de bosques, ha ocasionado el desplazamiento y la extinción local de diversas especies faunísticas, entre ellas el venado (Odocoileus virginianus), el chácharo (Tayassu pecari), el tigrillo (Leopardus wiedii), el perezoso (Bradypus variegatus), así como aves como el carpintero (Melanerpes rubricapillus), el gonzalito (Icterus nigrogularis) y el loro real (Amazona ochrocephala).

La pérdida de estas especies ha afectado el equilibrio ecológico y espiritual del territorio, debilitando prácticas culturales asociadas a la relación armónica entre el Pueblo U'wa y la naturaleza.



7.15. Relación territorio–salud en el contexto SISPI

El territorio que actualmente conforma los resguardos indígenas U'wa presenta limitaciones para la producción agrícola, lo que ha obligado a algunas familias a asentarse en zonas cercanas a ríos y quebradas, cuyos suelos, enriquecidos por sedimentos de escorrentía, resultan más productivos. Sin embargo, estas prácticas generan desequilibrios ecológicos y afectan las cuencas hídricas, incrementando riesgos ambientales y sanitarios.

Desde la perspectiva del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), estas transformaciones territoriales constituyen determinantes estructurales de la salud, al incidir sobre la disponibilidad y calidad del agua, la soberanía alimentaria, el equilibrio espiritual y la pervivencia cultural del Pueblo U'wa, haciendo indispensable la protección integral del territorio como base fundamental del bienestar colectivo. En la tabla 13 se pueden ver los principales problemas del territorio y salud de las comunidades.

Tabla 13. Principales problemas del territorio y salud de las comunidades U´wa en Arauca 2025.

Comunidad	Territorio	Salud
Cerro cristal	Insuficiente, el 80% es de protección.	Consumo de alcohol
	No está legalizado como resguardo, es asentamiento	Pérdida de las tradiciones culturales
	Inundable	No hay atención con enfoque diferencial



	Amenaza por proyecto hidroeléctrico	No hay hogar de paso
	Amenaza por explotación petrolera	No hay contra referencia
Laguna tranquila	Insuficiente	Alcoholismo
		Consumo de cigarrillo
	Presencia de la fuerza pública dentro del territorio	No hay puesto de salud con enfoque étnico y que integre la medicina y tradicional con la occidental
		Barreras de acceso a los servicios en el hospital
	Conflicto armado	Falta de inclusión a la población en programas de nutrición, crecimiento y desarrollo tanto de niños como adolescentes.
Angosturas	Insuficiente por crecimiento de	El puesto de salud no funciona



	la población	No todos están afiliados a la misma EAPB
	Parques nacionales	Falta de oportunidad en la atención en el hospital
		Barreras de acceso a la hora de solicitar cita médica
	Explotación petrolera	Dificultad en el transporte de enfermos
		El servicio del hogar de paso no es permanente
		No hay facilitador indígena en la EAPB - IPS
	Corporinoquia por aval de	Falta de talento humano capacitado dentro de la comunidad
	cercanos al resguardo	La atención en las IPS no tiene en enfoque étnico



Cerro alto	Insuficiente	Puesto de salud cerrado
	Improductivo	Atención inoportuna
	Difícil acceso	Falta de traductor en la EAPB e IPS
	Presencia de colonos	Dificultad en el transporte de paciente
	Víctimas de violencia	Déficit de medicamentos
	Parques nacionales	
	Riesgo de explotación petrolera	
Uncaria	Insuficiente. La mayor parte es de conservación hídrica	Barreras administrativas
		Falta de traductor en la EAPB e IPS



	Explotación petrolera	Ausencia de hogar de paso	
		Inoportunidad para atención especializada	
	Parques nacionales	No hay ayuda para los acompañantes cuando hay remisiones fuera del municipio y departamento	
Playas DE Bojaba	Insuficiente	Déficit de medicamentos	
	Improductivo	No hay hogar de paso	
	Difícil acceso	Dificultades de transporte	
	Riesgo de inundación	No hay alimentación para las gestantes que van al médico	
	Amenaza por explotación petrolera	Puesto de salud cerrado	
	Víctima del conflicto	Falta de personal capacitado en salud	



Calafitas I	Insuficiente por crecimiento de la población	Falta de agua potable	
	La mayor parte es de	Consumo de alcohol	
	reserva forestal y ambiental	Dificultad en el hogar de paso en Saravena, no hay alimentación para acompañantes de pacientes	
	Amenazas por la fuerza pública		
		Falta de traductor en el hospital y las EAPB	
	Falta de una casa de justicia para el pueblo U´WA	Falta de transporte para pacientes	
		No hay puesto de salud con enfoque étnico y que integre la medicina y tradicional con la occidental	
		Falta de talento humano capacitado dentro de la	



		comunidad	
		Falta de baterías sanitarias	
Uncacia	No está legalizado como resguardo, es asentamiento	La comunidad no se incluye en los cronogramas de las brigadas de salud	
	Insuficiente por crecimiento de la población	Inoportunidad de las EAPB en el caso de las remisiones y entrega de medicamentos	
	Amenazas de los ríos San Miguel y Calafitas	No hay transporte para pacientes entre la comunidad y la IPS	
	Agencia nacional de hidrocarburos por la explotación petrolera	No hay puesto de salud con enfoque étnico, que integre la medicina y tradicional con la occidental	
	Restricción de movilidad	No hay manejo adecuado de las basuras y residuos	



	Territorio con población dispersa	No hay baterías sanitarias	
SABANA DE CURIPAO	Territorio sujeto a reparación colectiva por bombardeo por parte del estado colombiano (parte del territorio se encuentra afectado). Legalización, ampliación y saneamiento. Adquisición y recuperación de territorio ancestral, (para el fortalecimiento de la medicina tradicional). Vías de difícil acceso: puentes colgantes sobre los ríos presentes, transporte público, orden público, (conflicto armado).	Sin territorio no hay salud. Soberanía alimentaria en riesgo. Afectaciones psicoespirituales por daño de territorio. Barreras administrativas (territoriales, institucionales, nacionales). Suministro y tardía de medicamentos, siempre es mismo medicamento genérico.	



San Miguel	Insuficiente, el terreno no es apto para cultivo por ser rocoso.	No hay transporte para pacientes	
	Rio San miguel es una amenaza	No hay alimentación para acompañantes en el hogar de paso u hospital	
	Corporinoquia	Falta de oportunidad en la atención en el hospital	
	Falta de vivienda	Falta de medicamentos	

Fuente: Elaboración equipo técnico SISPI 2025

7.16. Índice de pobreza.

Frecuentemente se asocia la condición de ser indígena con la de ser vulnerable o estar en desventaja con respecto a la población no indígena. Este concepto se debe a múltiples factores que se encuentran influenciados por la perspectiva occidental de lo que se determina “calidad de vida”. Para dicho análisis se tienen en cuenta factores políticos, jurídicos, sociales, económicos, ambientales, culturales, entre otros; los cuales confluyen para establecer lo que se denomina índice de pobreza.

Estos datos referentes a la pobreza o a la calidad de vida son evidentemente inexactos e imprecisos ya que están basados en criterios occidentales no aplicables a la cultura y estilos de vida de los pueblos indígenas y no incluyen aspectos tales como la marginalidad, el racismo, la pérdida de autodeterminación, producción alternativa, desarrollo sostenible, etc.; sin embargo, son los definidos generalmente



como estándares comparativos entre poblaciones desde el enfoque biológico los que se aplican para la estratificación socioeconómica.

Es imperativo reconocer la diversidad étnica, incluso para cuantificar aspectos tales como la pobreza, incluyendo aspectos como la autodeterminación y la territorialidad, En definitiva, entre las comunidades indígenas el término pobreza está determinado por el grado de autonomía sobre su territorio y no por los recursos económicos o bienes que cada individuo posea, estos no dan bienestar ni otorgan el nivel de vida que los pueblos indígenas desean.

El censo nacional agropecuario del año 2013 estableció el índice de pobreza multidimensional ajustado para población indígena residente en área rural dispersa, el cual correspondió a 69,3%; mientras que el DANE en su informe técnico del año 2022 calcula este índice en el 39% para hogares indígenas. En población general el resultado fue de 19,6%. Este resultado estuvo condicionado principalmente por la inadecuada eliminación de excretas, bajo nivel educativo y no acceso a fuentes de agua mejorada. Se destacan resultados positivos con bajas tasas de trabajo infantil e inasistencia escolar (9).

Según los datos recolectados en el trabajo de campo, se evidencia que, para todas las variables de caracterización, el resultado obtenido refleja peores condiciones de vida para la población indígena U´wa del departamento de Arauca, si se compara con el promedio de la población indígena nacional. Lo anterior, refleja el bajo nivel de inversión pública en infraestructura sanitaria y de servicios públicos en esta zona.

Para determinar el grado de acceso a educación se tomaron en cuenta los censos comunitarios y los censos de las instituciones educativas. No se tuvo acceso a datos generales sobre analfabetismo, promedio de años de estudio entre población adulta ni proporción de jóvenes con primaria completa.

Tabla 14. Comparativo condicionantes índice de pobreza multidimensional población indígena Colombia-Arauca

Indicador	Población indígena Colombia 2014 C.N.A.	Visita de campo departamento de Arauca (%)



	(%)	
Material inadecuado paredes exteriores	17,4	46
Material inadecuado de pisos	48,7	79
Sin acceso a fuente de agua mejorada	79,4	92
Inadecuada eliminación de excretas	94,6	100
Viviendas sin ningún servicio público	50,2	82
Viviendas con energía eléctrica	50,9	8
Viviendas con alcantarillado	5,5	3



Viviendas con acueducto	20	9
Acceso a educación (5-16 años)	77,3	64
Afiliación a SGSSS	94,3	SIN DATO

Fuente: DANE / Censos Indígenas.

7.17. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

En diciembre de 2015 la base de datos única de afiliados BDUA (10) reportó 1.520.557 personas indígenas adscritas al SGSSS. Si bien se han desarrollado diversas alternativas para la inclusión de la población indígena al sistema, con el fin de garantizar sus derechos a la vida, la salud y conexos, se evidencia retroceso en algunos indicadores, entre ellos:

- Atención institucional del parto entre población indígena: En el periodo 2009 – 2013 pasó del 84,32% al 78,08%. En el caso específico del departamento de Arauca, este indicador tuvo un resultado del 47,27%, muy por debajo del promedio nacional.

- Porcentaje de partos atendidos en población indígena por personal calificado en el periodo 2009 - 2013: A nivel nacional el resultado del indicador es de 78,41%, en el departamento de Arauca el resultado fue de 46,85%.

- Porcentaje de nacidos vivos con más de 4 controles prenatales: En el año 2013 entre población indígena general este indicador obtuvo un resultado de 54,17%, en el departamento de Arauca llegó al 27,42%.



La tabla 15 muestra la cantidad de miembros de la comunidad afiliados al SGSSS.

Tabla 15. Afiliación al SGSSS según EAPB 2025.

EAPB	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SIN DATO	1407	46,81
NUEVA EPS	1252	41,65
SALUD VIDA	160	5,32
NO TIENE	91	3,03
COMPARTA	42	1,40
COOSALUD	26	0,86
AVANZAR	12	0,40
SANITAS	6	0,20
CAFESALUD	3	0,10



FAMISANAR	2	0,07
FOMAG	2	0,07
MEDIMAS	2	0,07
CAPRESOCA	1	0,03
TOTAL	3006	100,00

Fuente: censos comunidades U'wa 2025

No se obtuvieron estadísticas de la cobertura de afiliación al SGSSS específicas para el pueblo UWA. Durante el trabajo de campo se identificó que entre el 3 y el 4% de la población carece de afiliación al SGSSS. Quienes tienen afiliación al régimen subsidiado de salud están principalmente con la EAPB Nueva EPS.

7.18. Nutrición y Seguridad Alimentaria.

Se identifica un factor predominante que impacta sobre la seguridad alimentaria del pueblo indígena UWA del Departamento de Arauca, el medioambiental. En este aspecto las variables identificadas son: la tipología y fertilidad del suelo, la amenaza generada por los procesos de explotación minero energéticos, sobreexplotación por parte de los colonos y la no preservación de bosques.

7.18.1. Lactancia materna:

Diversos estudios (uno de ellos ENSIN, 2010), han identificado que la mediana de la duración de la lactancia materna es mayor entre la población indígena que entre



la población general, (+35%), 20,1 meses. Igual sucede con la lactancia exclusiva (+16%), 1,8 años. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el número de hijos por mujer es mayor entre esta población. No hay evidencia de estudios específicos acerca del impacto del modelo de fertilidad de cada pueblo sobre la salud materno infantil.

Según la encuesta ENSIN 2015, en lo relacionado con inicio temprano de la lactancia materna, esta es mayor entre población indígena (+12,7%) (84,7%), mientras que entre población general es del 72%. A nivel mundial y latinoamericano durante el mismo año, los resultados de este indicador fueron 45% y 49%, respectivamente.

En lo relacionado a lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad para el año 2015, a nivel nacional en población general se obtuvo un resultado del 36,1 %, mientras que, a nivel mundial y latinoamericano, se obtuvieron resultados del 43% y 32% respectivamente. Entre la población indígena colombiana, el valor alcanzado fue del 49,4% (+13,3%). En trabajo de campo del año 2018 en comunidades indígenas de los pueblos asentados en el departamento Arauca se identificó que en el 80,8% de los casos, la madre finaliza la exclusividad de la alimentación del menor mediante lactancia materna entre los 3 y 6 meses de edad.

Con respecto a la lactancia materna continua al año y a los 2 años del menor, se observan a nivel nacional en población general unos resultados del 52,2 y 31,6 % respectivamente. Mientras que, a nivel mundial y latinoamericano, se alcanzaron el 46% y el 28 %. Entre la población indígena, los valores fueron del 78,1 % y 24,7 %. Para el caso de las comunidades indígenas de Arauca, el 53,3% de las madres brindan lactancia materna hasta el año y el 18,1% hasta los 2 años (11).

No hay datos específicos para el pueblo UWA.

7.18.2. Bajo peso al nacer

Entre 2009 y 2013, este indicador pasó de 8,5% a 8,17%. Se identifican tasas menores que entre la población general; sin embargo, dicho comportamiento está influenciado por el subregistro en los nacimientos en zonas rurales dispersas. En dicho periodo de tiempo, el departamento de Arauca aportó el 2,3% de los casos



reportados a nivel nacional. Durante el año 2017 se registraron al SIVIGILA 22 casos de bajo peso al nacer entre población indígena del Departamento de Arauca, equivalentes al 4,5 % del total de eventos de interés en salud pública reportados. Se desconoce el total de nacidos vivos en el periodo, por lo cual no es posible determinar medidas de frecuencia.

7.18.3. Retraso en talla:

Para el año 2015, se estimó el retraso en talla en menores de 5 años de la población general en el 10,8%. Dicho indicador tuvo un comportamiento del 23,2 a nivel mundial y del 9,9% a nivel suramericano. La meta de los Objetivos del milenio es del 8%. Entre la población indígena este indicador llegó al 29,6%. Para el pueblo U'wa 76,0%.

7.18.4. Desnutrición Global en menores de 5 años (Peso para la edad):

Este indicador entre población general para el año 2015 a nivel país llegó al 3,1 %, mientras que entre población indígena fue del 7,2%. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo por pueblo son:8,8%

7.18.5. Desnutrición aguda en menores de 5 años (peso para la talla)

A nivel país en población general, el resultado para el año 2015 fue del 1,6%. A nivel mundial este indicador en el mismo periodo de observación fue del 7,4% y a nivel suramericano alcanzó el 1,3 %. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo fueron de 10,4%

7.18.6. Exceso de peso en menores de 5 años

A nivel general, el país alcanzó el 6,3% en este indicador, mientras que a nivel mundial fue del 6,2 % y a nivel suramericano del 7%. Entre la población indígena país, se llega al 5,4%. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo fue 24,8%

7.18.7. Retraso en talla entre escolares (5 – 12 años)



Según la ENSIN 2015, este indicador entre población general a nivel país alcanzó el 7,4 %, mientras que entre población indígena fue del 29,5%. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo (grupo de 5 – 17 años) fue 72,3%

7.18.8. Exceso de peso entre escolares (5 – 12 años)

A nivel país, en el año 2015 se alcanzó en este indicador el valor de 24,4%, mientras que entre población indígena fue del 14,4%. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo (grupo de 5 – 17 años) fue 40,5%

7.18.9. Retraso en talla entre adolescentes (13 – 17 años)

Según la ENSIN 2015, este indicador entre población general a nivel país alcanzó el 9,7 %, mientras que entre población indígena fue del 36,6%.

7.18.10. Exceso de peso entre adolescentes (13 – 17 años)

A nivel país, en el año 2015 se alcanzó en este indicador el valor de 17,9%, igual valor que población indígena.

7.18.11. Retraso en talla entre adultos (18 – 64 años)

Según la ENSIN 2015, este indicador entre población general a nivel país alcanzó el 9,7 %, mientras que entre población indígena fue del 36,6%. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo para la categoría delgadez (IMC<18) fue de 0,4%

7.18.12. Exceso de peso entre adultos (18 – 64 años)

A nivel país entre población general en el año 2015, se alcanzó en este indicador el valor de 37,8% para sobrepeso, 18,7% para obesidad y 56,5% para sobrepeso. Mientras que entre población indígena fue del 36,4%, 14,9% y 51,4%, respectivamente. Los resultados obtenidos durante el trabajo de campo para las variables sobrepeso (IMC entre 28 y 31,9) y obesidad (IMC igual o mayor a 32), fue de 40,5%-15,6%



7.18.13. Dieta

Las consecuencias nutricionales de los cambios de patrones de asentamiento y el uso de los recursos son consideradas como negativas por las comunidades, siendo catalogada la dieta actual como menos diversa y más pobre en cuanto a calidad y cantidad. La menor disponibilidad de especies animales (caza y pesca), el deterioro de las condiciones ambientales y la menor capacidad productiva de sus tierras, han hecho que la población indígena comience a depender de productos procesados para complementar su dieta (pastas, harinas, arroz, etc).

7.19. Derechos Humanos.

Se identifican cuatro elementos enmarcados en la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas:

- Derecho a la Distintividad: Entendido como el derecho a declararse diferente y a ser respetado como tal; bajo el principio de que una característica cultural no es más valiosa que la otra. Es una postura política que promueve la diversidad y el respeto mutuo entre pueblos, reconoce que somos una nación multicultural.

- Derecho a lo propio: Es un derecho conexo a su distintividad, se relaciona con todo lo que los hace ser ellos mismos, lo que genera su identidad como pueblo.

- Derecho al mejoramiento económico y social: Reconoce el historial de abusos, abandono y explotación que han padecido los pueblos indígenas y por lo tanto busca la reivindicación de esta población mediante el derecho al trabajo, la salud, ingresos equitativos, educación y justicia económica. En este sentido se entiende que los pueblos indígenas requieren de políticas públicas que promuevan el mejoramiento de sus estándares de vida en concordancia con su cultura y cosmovisión.

- Derecho preferente: Hace referencia al derecho de los pueblos indígenas a ser resarcidos por los daños y perjuicios a los que se han visto sometidos desde la época de la mal llamada “conquista” hasta nuestros días, lo cual los



ha convertido, con algunas excepciones, en minorías empobrecidas, marginadas y discriminadas.

La reivindicación de los derechos de la población indígena va de la mano con la concertación entre Estado y comunidades, promoviendo el cumplimiento de los objetivos definidos en los planes de vida, de tal forma que permita a las comunidades trascender y superar la dependencia económica y social según sus aspiraciones (12).

7.20. Proceso Salud/Enfermedad

Tanto la morbilidad como la mortalidad son elementos de difícil medición y más aún cuando hablamos de población indígena, donde tanto los factores culturales, religiosos y socioeconómicos, deben ser tenidos en cuenta para la interpretación de los datos.

Este análisis debe partir desde la concepción misma de salud/enfermedad, la cual para el ser indígena está absolutamente integrada a los componentes espiritual y físico, siendo la enfermedad el resultado de un desequilibrio entre esos componentes. Por lo anterior se entiende la importancia de la medicina tradicional como factor prioritario de prevención e intervención en el proceso salud/enfermedad indígena, antes que pensar en la medicina occidental como intervención inicial para el abordaje de las diversas patologías.

Entre los principales problemas identificados por los líderes de las comunidades visitadas, se destacan:

- Deficiencias nutricionales: Relacionadas con la baja productividad de las tierras que habitan y la pérdida progresiva de territorio.

- Enfermedades diarreicas: Asociadas con las deficientes condiciones higiénicas/sanitarias y el no acceso a servicios públicos básicos.

- Enfermedades respiratorias: Vinculadas con el contacto con el hombre occidental y la no disponibilidad de plantas medicinales.



- Salud materno infantil: Relacionadas con las barreras de acceso a servicios de salud.

- Salud mental: Se identifican en el trabajo de campo por parte de las mismas autoridades indígenas diversos problemas que afectan su convivencia y bienestar, al igual que las causas que los ocasionan. Los resultados de este ejercicio participativo por cada pueblo son:

La tabla 16 muestra los principales problemas en salud mental.

Tabla 16. Principales problemas en salud mental y sus respectivas causas.

Problema	Causas
Alcoholismo, Violencia de género, consumo de SPA	Contacto con sociedad occidental, pérdida de cultura, exclusión social, territorio insuficiente, conflicto armado, contaminación ambiental

Fuente: Trabajo de campo, 2025.

7.21. Morbilidad Atendida.

El análisis del componente Afectaciones a la salud (morbilidad y mortalidad), así como la caracterización de la situación actual de los determinantes sociales en salud y la definición de prioridades en salud según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), no pudo desarrollarse de manera integral dentro del presente diagnóstico. Esta limitación obedece principalmente a la ausencia de información oficial desagregada por pertenencia étnica y comunidad, debido a que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a las cuales se solicitó formalmente la información no remitieron los datos requeridos. De acuerdo con lo evidenciado, esta situación podría estar asociada a que, en los procesos de admisión y registro de usuarios, no se diligencia de manera sistemática la variable de etnia ni la identificación comunitaria, lo que impide realizar análisis diferenciales e interculturales acordes con las necesidades del pueblo U'wa.



Adicionalmente, durante la revisión documental realizada para el presente ejercicio, se consultó el Análisis de Situación de Salud (ASIS) departamental de Arauca, evidenciándose la inexistencia de un capítulo específico que aborde de manera diferencial la situación de salud de los pueblos indígenas. Como documento de referencia, se identificó el ASIS indígena departamental elaborado en el año 2018; sin embargo, este instrumento presenta limitaciones importantes para el análisis actual, dado que no discrimina los indicadores de morbilidad y mortalidad por pueblo indígena ni por comunidad. Esta situación resulta especialmente relevante si se considera que en el departamento de Arauca habitan al menos siete pueblos indígenas con realidades territoriales, culturales y epidemiológicas diferenciadas, lo que impide reconocer de manera precisa las afectaciones particulares del pueblo U'wa y limita la formulación de respuestas en salud con enfoque diferencial, territorial e intercultural acordes con las dinámicas propias de cada pueblo.

Desde la perspectiva del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esta situación evidencia una brecha estructural en los procesos de información y gestión del riesgo en salud, ya que el modelo sanitario nacional se fundamenta en la planeación basada en evidencia epidemiológica, el seguimiento de indicadores poblacionales y la identificación de grupos priorizados mediante enfoques diferencial y territorial. La ausencia de registros étnicos adecuados limita la interoperabilidad de los sistemas de información, afecta la calidad del reporte hacia plataformas nacionales como los sistemas de vigilancia en salud pública y restringe la formulación de políticas, programas y acciones colectivas orientadas a poblaciones indígenas. Asimismo, dificulta el cumplimiento de los principios de equidad, integralidad y enfoque diferencial establecidos en el SGSSS, al no permitir visibilizar las condiciones reales de salud del pueblo U'wa ni incorporar sus particularidades culturales dentro de la gestión institucional. En consecuencia, la falta de información no solo representa una limitación técnica para el análisis epidemiológico, sino también un obstáculo para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud con pertinencia intercultural y para la articulación adecuada entre el sistema de salud occidental y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Sin embargo, a continuación, se presenta información relacionada a población indígena general en el departamento de Arauca.

A nivel país, la población indígena durante el periodo 2009 – 2014 registró un total de 5.518.832 atenciones, de las cuales el 91,8% correspondió a consultas, el 5,4% a urgencias y el 2,8% a hospitalizaciones (13).

Entre las principales causas de morbilidad se identifican:



- Enfermedades no transmisibles (52,8%).
- Condiciones transmisibles y nutricionales (26,1%).
- Signos y síntomas mal definidos (13,3%).
- Lesiones de causa externa (4,8%).
- Condiciones perinatales (2,9%).

Entre la población indígena de sexo masculino, predominan las atenciones por enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales y signos y síntomas mal definidos. Entre tanto, entre la población indígena de sexo femenino, la proporción de estos eventos es menor, se conserva el orden de las causas, pero aparecen los diagnósticos asociados a condiciones maternas perinatales.

Entre menores de 5 años, en población indígena nacional durante el periodo 2009 – 2014, la primera causa de atención fueron las condiciones transmisibles y nutricionales, seguidas de las enfermedades no transmisibles y los signos y síntomas mal definidos.

Entre los menores con edades comprendidas entre los 6 y 11 años de edad, en el mismo periodo, la primera causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales y los signos y síntomas mal definidos.

En ese mismo periodo, los adolescentes indígenas (12 a 18 años de edad), consultaron principalmente por enfermedades no transmisibles, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales y signos y síntomas mal definidos.

La población indígena con edades comprendidas entre los 14 a 26 años consultó fundamentalmente por enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales y signos y síntomas mal definidos.

Entre la población indígena adulta (27 a 59 años), se identifican como principales causas de consulta las enfermedades no transmisibles, seguidas por las



condiciones transmisibles y nutricionales y los signos y síntomas mal definidos.

El grupo de las personas indígenas con edades iguales o superiores a los 60 años consultó principalmente por enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales y signos y síntomas mal definidos.

No fue posible adjuntar datos relacionados con la morbilidad atendida en población indígena del departamento de Arauca, específicamente por el incorrecto diligenciamiento de los registros individuales de atención en salud RIPS, ya que la variable de pertenencia étnica no está obligatoriamente vinculada. Aun así, se estima que la gran mayoría de las atenciones se realizan en el marco de la medicina tradicional, de la cual no queda registro alguno. Solo los casos graves pasan a ser atendidos en hospitales de la red pública.

Es tal el grado de subregistro, que según la fuente SISPRO, en el año 2010 de 57.688 consultas médicas reportadas y soportadas mediante RIPS en el departamento de Arauca, solo 101 (0,18%) corresponden a población indígena. De las 1.394 hospitalizaciones registradas, solo 8 de ellas (0,6%) son de población indígena. De 5258 consultas de urgencia, 11 (0,2%) son de atenciones a indígenas.

7.22. Morbilidad por Eventos de Alto Costo

Según datos de la cuenta de alto costo CAC, para el año 2014 a nivel país se registraban 390 casos de VIH entre población indígena (prevalencia de 0,02%). Entre la población gestante indígena, el 88,9% se encontraba en terapia antiretroviral. No se obtuvieron datos de dicho periodo con respecto a enfermedad renal crónica (14).

No se identificaron casos diagnosticados de pacientes seropositivos para VIH, enfermedad renal crónica, cáncer, hemofilia, enfermedades huérfanas ni artritis entre las comunidades visitadas. No es posible establecer si la ausencia de casos reportados es fiel reflejo de la realidad o corresponde a deficiencias en la identificación, diagnóstico y canalización de casos hacia el sistema de salud.

7.23. Morbilidad de Eventos Precursores.



No se identificaron casos de hipertensión arterial ni de diabetes diagnosticados entre las personas consultadas. Se desconoce si esto es producto de los buenos hábitos de las poblaciones indígenas o a deficiencias en las coberturas de las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno por parte de los equipos de salud.

La tabla 17 data la morbimortalidad por eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA

Tabla 17. Morbilidad por eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA

Evento	Año 2025	Año 2024
Malaria	287	105
Dengue	24	20
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	20	26
Tuberculosis	13	4
Chagas	7	8
Morbilidad materna extrema	6	0
Ira por virus nuevo	6	7



Desnutrición aguda en menores de 5 años	6	14
Accidente ofídico	6	6
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	4	5
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	3	0
Intento de suicidio	3	3
Defectos congénitos	2	2
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	2	1
Mortalidad materna	2	0
Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición	1	1
Cáncer en menores de 18 años	1	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	1	3



Intoxicaciones	1	0
Varicela individual	1	1
Accidentes por otros animales venenosos	1	0
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta	1	0
LEPTOSPIROSIS	1	2
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico	1	1
Sifilis gestacional	0	1
Lepra	0	1
Total	400	211

Durante el año 2025 se registraron 400 eventos de importancia en salud pública, lo que representa un incremento significativo frente a 2024, cuando se notificaron 211 eventos. Esto equivale a un aumento global del 89,6 %, evidenciando una mayor carga de enfermedad y/o un fortalecimiento de los procesos de notificación y vigilancia epidemiológica.



Los eventos con disminución en 2025 Desnutrición aguda en menores de 5 años: pasa de 14 a 6 casos, Leptospirosis: disminuye de 2 a 1 caso, IRA por virus nuevo: baja de 7 a 6 casos, Mortalidad perinatal y neonatal tardía: disminuye de 3 a 1 caso. Estas reducciones pueden reflejar mejoras en prevención, seguimiento nutricional y atención en salud infantil, aunque requieren continuidad y evaluación permanente.

En 2025 se reportan eventos que no estuvieron presentes en 2024, como: Cáncer en menores de 18 años (1 caso), Intoxicaciones (1 caso), Hepatitis B, C y coinfección B–Delta (1 caso), Accidentes por animales venenosos (1 caso) y Mortalidad materna (2 casos).

La aparición de estos eventos sugiere la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

8. Conclusiones

El incremento significativo de eventos en 2025 evidencia una mayor presión sobre el sistema de salud. La malaria se consolida como el evento de mayor impacto y prioridad. Los eventos maternos representan una alerta crítica que requiere intervención inmediata. Persisten desafíos en enfermedades transmisibles, violencia, salud infantil y salud ambiental.

8.1. Priorización de eventos según impacto (Año 2025)

8.1.1. Prioridad Alta

Malaria (287 casos)

Tuberculosis (13 casos)

Dengue (24 casos)



Morbilidad materna extrema (6 casos)

Mortalidad materna (2 casos)

Desnutrición aguda en menores de 5 años (6 casos)

8.1.2. Prioridad Media

Violencia de género e intrafamiliar

Accidente ofídico

IRA grave / IRAG

Parasitosis, anemia (relacionadas indirectamente)

8.1.3. Prioridad Baja (vigilancia sostenida)

Chagas

Leptospirosis

Hepatitis B y C

Cáncer infantil

Defectos congénitos

Análisis por eventos priorizados y recomendaciones

Malaria

La malaria concentra el mayor número de casos y el incremento más marcado (+182



casos), consolidándose como el principal evento de salud pública. Este aumento puede estar asociado a condiciones climáticas, movilidad poblacional, presencia de vectores, condiciones territoriales rurales y barreras de acceso a servicios de salud, especialmente en zonas dispersas y poblaciones indígenas.

Recomendaciones con enfoque SISPI:

Fortalecer la búsqueda activa comunitaria con auxiliares indígenas, articular el diagnóstico rápido occidental con la medicina tradicional U'wa, especialmente rituales de armonización y protección espiritual, capacitar a agentes comunitarios indígenas para identificación temprana de síntomas, control vectorial con enfoque cultural (concertado con autoridades tradicionales), garantizar tratamiento oportuno sin barreras administrativas.

Tuberculosis

El aumento de tuberculosis refleja posibles fallas en la detección temprana, condiciones de hacinamiento, desnutrición y limitaciones en el seguimiento de casos, barreras culturales y lingüísticas lo cual exige fortalecer la búsqueda activa comunitaria y la adherencia al tratamiento.

Recomendaciones: búsqueda activa casa a casa con traductores indígenas, educación comunitaria desde la cosmovisión U'wa (explicando la enfermedad sin estigmatización), articulación entre tratamiento farmacológico y rituales de fortalecimiento espiritual, asegurar acompañamiento familiar durante el tratamiento.

8.2. Morbilidad y mortalidad materna

La aparición de casos de morbilidad materna extrema en 2025 evidencia riesgos en la atención materna, posibles barreras de acceso, retrasos en la atención o debilidades en las rutas materno-perinatales, choque cultural en la atención del parto, falta de personal femenino e intercultural lo que requiere acciones inmediatas de vigilancia y prevención. La mortalidad materna constituye una alerta crítica, indicando la necesidad de fortalecer la atención prenatal, el parto seguro, la referencia oportuna y la articulación con enfoques diferenciales e interculturales.



Recomendaciones: implementar la Ruta Materno Perinatal con enfoque étnico, articulación entre parteras tradicionales, Werjayá y personal de salud, Evitar procedimientos invasivos sin consentimiento comunitario, garantizar transporte oportuno y casas de paso interculturales, formación de enfermeras y auxiliares indígenas.

8.2.1. Desnutrición aguda en menores de 5 años

Aunque disminuye, sigue siendo un evento sensible ligado a: seguridad alimentaria, pérdida de semillas de vida, transformación de la dieta tradicional.

Recomendaciones: recuperación de sistemas alimentarios propios, educación nutricional desde la cultura U'wa, articulación con proyectos productivos propios, seguimiento comunitario a niños en riesgo.

8.2.2. Dengue

Se observa un leve incremento, lo cual mantiene al dengue como un evento prioritario, asociado a factores ambientales, almacenamiento de agua y presencia del vector Aedes aegypti.

Recomendaciones: eliminación de criaderos con participación comunitaria, educación intercultural sobre manejo del agua, vigilancia comunitaria articulada con medicina tradicional, atención temprana para evitar complicaciones.

8.3. Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar

Se presenta una disminución de la violencia de género e intrafamiliar, aunque el número sigue siendo relevante, lo que indica la persistencia del problema y la necesidad de fortalecer acciones de prevención, atención psicosocial y protección de derechos.

8.3.1. Accidente ofídico

La estabilidad del evento sugiere un riesgo constante, especialmente en zonas



rurales, lo que exige mantener la disponibilidad de suero antiofídico, articulación entre atención occidental y rituales tradicionales de protección y estrategias de educación comunitaria.

En 2025 se reportan eventos que no estuvieron presentes en 2024, como: Cáncer en menores de 18 años (1 caso), Intoxicaciones (1 caso), Hepatitis B, C y coinfección B–Delta (1 caso), Accidentes por animales venenosos (1 caso) y Mortalidad materna (2 casos).

La aparición de estos eventos sugiere la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

8.3.2. Enfoque SISPI aplicado al análisis

Este comportamiento epidemiológico evidencia que: sin territorio no hay salud, principio fundamental del Pueblo U'wa, la mayoría de los eventos están asociados a desequilibrios territoriales, ambientales y espirituales, el sistema occidental, sin enfoque intercultural, no responde plenamente a las necesidades del pueblo indígena.

8.3.3. Recomendaciones estratégicas generals

- Implementar de manera efectiva el Modelo de Salud Integral Propio e Intercultural del Pueblo U'wa.
- Fortalecer la EPSI y la red de prestación con enfoque diferencial,
- Garantizar intérpretes indígenas en todos los niveles de atención.
- Reconocer y remunerar el rol de los sabedores y médicos tradicionales.
- Crear un consultorio SISPI en los territorios U'wa.
- Es fundamental fortalecer las estrategias de prevención, la vigilancia



epidemiológica comunitaria, la articulación intercultural y la respuesta institucional, especialmente en territorios rurales e indígenas

El aumento de eventos de importancia en salud pública durante 2025 evidencia la urgencia de acciones integrales, interculturales y territorializadas, donde la medicina tradicional y la medicina occidental trabajen de manera complementaria, respetuosa y coordinada, garantizando el derecho fundamental a la salud del Pueblo U'wa.

8.4. Análisis de Desigualdad en la mortalidad materno-infantil y en la niñez.

La ausencia de registros oficiales impide identificar eventos trazadores y tendencias, no se logra establecer una categorización de las causas de muerte en estos grupos poblacionales según criterios de magnitud y frecuencia. La observación directa permitió de manera subjetiva, según los conceptos de las autoridades tradicionales y ancestrales, identificar los eventos asociados al periodo de gestación, los asociados con Infección Respiratoria Aguda IRA y a Desnutrición, como los de mayor frecuencia.

8.5. Abordaje de los determinantes de mortalidad materno-infantil y de la niñez.

Como bien se ha mencionado en el componente de NBI, los criterios de medición de este indicador son reflejo del estilo de vida occidental, sin representar a las comunidades indígenas ni a su cultura. Sin embargo, sigue siendo el único modelo aplicable hasta tanto no se concerté un mecanismo de medición de desigualdades con las comunidades. En este contexto y ante la imposibilidad de contar con datos oficiales que permitan determinar las respectivas tasas de mortalidad, no está al alcance de este estudio establecer medidas entre tasas ni riesgos atribuibles por grupos poblacionales.

8.6. Identificación de prioridades según mortalidad general, específica y materno-infantil.

Las prioridades identificadas se desarrollan a partir de la observación directa y los comentarios de las autoridades tradicionales, ya que se carece de estadísticas y registros oficiales. Son ellas: Mortalidad por Enfermedades transmisibles (EDA, IRA,



TB) y nutricionales, Mortalidad por lesiones de causa externa, Mortalidad por condiciones materno-perinatales.

Estas causas identificadas, se asocian con deficientes condiciones sanitarias, necesidades básicas insatisfechas y barreras de acceso a servicios de salud.

8.7. Análisis de la Población en Condición de Discapacidad.

Según registros del Censo DANE 2005, se evidenció que el 6,3 % de la población indígena nacional presentaba limitaciones permanentes para moverse o caminar, usar sus extremidades, ver a pesar del uso de lentes, oír, hablar, entender, aprender y/o relacionarse, bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo. 3 de cada 10 personas de este grupo tenían más de 65 años y 1 de cada 10 tenía entre 5 y 15 años (17).

La discapacidad más frecuente estaba relacionada con el movimiento (48,2%), la discapacidad visual (37,8%) y las asociadas a alteraciones del sistema nervioso (36,8%).

Según la información recolectada en el trabajo de campo se lograron identificar 24 personas en condición de discapacidad, 16 de ellos de sexo masculino (66,6%) y 8 femenino (33,3%). La discapacidad más frecuente fue la física con 13 casos (54,2%), seguida por la cognitiva con 6 casos (25%) y la visual con 5 casos (20,8%).

8.8. Determinantes intermediarios de la salud.

Se relacionan las variables susceptibles de modificarse y que están en relación con el mayor grado de riesgo o vulnerabilidad para desarrollar los efectos negativos sobre la salud. Según lo observado y referenciado por las autoridades tradicionales se identificaron las siguientes: Disponibilidad de tierras productivas y suficientes, Acceso a agua potable, Disponibilidad de un adecuado servicio de eliminación de excretas, Seguridad alimentaria y nutricional, factores sicológicos y culturales como elementos para la prevención de la violencia y Desarrollo de un sistema de salud incluyente.



8.9. Análisis de determinantes estructurales de las inequidades en salud.

Estas inequidades se relacionan con distribuciones desiguales de los recursos entre los diversos grupos o conglomerados humanos, estando ligadas a condiciones sociales, económicas, políticas, religiosas y culturales. Muchas de las carencias de las comunidades pueden caracterizarse mediante el índice NBI.

8.10. Acceso a infraestructura de servicios de salud.

Las comunidades indígenas del departamento de Arauca son principalmente atendidas por Instituciones Prestadoras de Servicios de salud pertenecientes a la red pública como se ve en la tabla 18.

Tabla 18. IPS públicas presentes en el territorio - 2025

PRESTADOR	SEDE	ÁMBITO	TIPOLOGÍA ACTUAL	TIPOLOGÍA PROYECTADA	HABILITADO EN REPS
ESE HOSPITAL DEL SARARE	Hospital del Sarare E.S.E.	Urbano	ALTA	ALTA	SI
	Unidad de Atención Primaria UNAP	Urbano	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1B	SI
	P.S. Puerto Nariño	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	SI
	P.S. Bajo San Joaquín	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	SI



	P.S. Calafitas	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	SI
	P.S. Caño Seco	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	SI
	C.S. Charo Centro	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1B	SI
	P.S. Puerto Lleras	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	SI
	P.S. La Pajuila	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	NO
	P.S. Playas de Bojaba	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	NO
ESE MORENO Y CLAVIJO	Hospital San Francisco de Fortul	Urbano	TIPO BAJA 1C	TIPO BAJA 1C	SI
	Centro de Salud Caranal	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1B	SI
	P. S. El Salem	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Indígena Cusay - La	Rural	TIPO BAJA	TIPO BAJA 1A	SI



	Colorada		1A		
	P. S. Caracoles	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. La veinte	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Indígena UWA Cibariza - Cerro Alto	Rural	NA	TIPO BAJA 1A	NO
	Hospital San Antonio de Tame	Urbano	MEDIANA	TIPO BAJA 1C	SI
	Unidad de Salud Mental del Departamento de Arauca.	Urbano	N/A	MEDIANA	NO
	CAPS Juan Jesús coronel de Pueblo Nuevo	Rural	TIPO BAJA 1B	TIPO BAJA 1C	SI
	C. S. El Botalón	Rural	N/A	TIPO BAJA 1B	NO
	P. S. Puerto	Rural	TIPO BAJA	TIPO BAJA 1A	SI



	Gaitán		1A		
	P. S. La Horqueta	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Betoyes	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Las Malvinas	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Puerto Miranda	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Puerto Nidia – Juan Carlos Chamat	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Mapoy	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Alto Cauca	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. Filipinas	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI



	P. S. Camame	Rural	TIPO BAJA 1A	TIPO BAJA 1A	SI
	P. S. El Banco Purare	Rural	N/A	TIPO BAJA 1A	NO
	P. S. Indígena Angostura	Rural	N/A	TIPO BAJA 1A	NO
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA	ESE Hospital San Vicente de Arauca	Urbano	ALTA	ALTA	SI

Fuente: Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes – 2025.

La atención primaria en salud a las comunidades indígenas se realiza mediante brigadas esporádicas promovidas por sus aseguradores en salud (Empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB), quienes contratan los servicios de baja y mediana con la red de prestadores públicos y privados presentes en el territorio, y los de alta complejidad con instituciones de fuera del Departamento.

Los casos de urgencia o prioritarios requieren de comunicación entre la comunidad y su representante o líder, el cual a su vez gestiona el traslado ante la EAPB, dicho traslado generalmente no es oportuno. El costo del transporte es una limitante de gran importancia que se constituye en una barrera de acceso a los servicios de salud. Es frecuente la intervención de los representantes de asuntos indígenas municipales para realizar gestiones de tipo administrativo ante aseguradores y prestadores. La comunicación entre pacientes, aseguradores y prestadores se



realiza en idioma castellano, por lo cual frecuentemente se requiere de intérpretes o gestores bilingües. Pocos hospitales cuentan con personal indígena entre sus nóminas, lo cual dificulta la comunicación.

La oferta de servicios no es diferencial para esta población. No se tienen en cuenta los criterios de vulnerabilidad, diversidad cultural, social ni biológica.

A pesar de que la gran mayoría de la población indígena reside en área rural dispersa, la atención se centra en un modelo con énfasis curativo reactivo. Los servicios habilitados por la red pública departamental se relacionan a continuación.

8.11. Capacidad Instalada Hospital del Sarare y unidad de atención primaria UNAP – Saravena. 2025.

Los servicios incluyen: Servicio de Anestesia, Medicina Interna, Cardiología, Nefrología, Cardiología Pediátrica, Neumología, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Ginecológica, Neurología, Cirugía Oftalmológica, Nutrición y Dietética, Cirugía Ortopédica, Obstetricia, Cirugía de Otorrinolaringología, Cirugía ginecológica, Odontología General, Cirugía Urológica, Oftalmología, Infectología, Consulta Prioritaria, Optometría y Cuidado Básico Neonatal, así como Ortopedia y/o Traumatología, Neurocirugía, cuidado Intermedio de Adultos, Otorrinolaringología, Dermatología, otras cirugías no oncológicas, Pediatría, Detección Temprana de alteraciones de la agudeza visual, Detección Temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, Proceso de Esterilización, Detección Temprana de alteraciones del desarrollo del joven entre 10 y 29 años, Protección Específica en la atención al recién nacido, Detección Temprana de alteraciones del embarazo, Protección Específica en la atención del parto, Detección Temprana de alteraciones en el adulto mayor de 45 años, Protección Específica en planificación familiar para hombres y mujeres, Detección Temprana de cáncer de cuello uterino, Protección Específica en atención preventiva en salud bucal, Detección Temprana de cáncer de seno, Protección Específica mediante vacunación, Endodoncia, Diagnóstico Cardiovascular, Psicología, Ecocardiografía, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Servicio de Urgencias, Endoscopia Digestiva, Servicio Farmacéutico, Enfermería, Tamización de cáncer de cuello uterino, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Terapia Respiratoria, Gastroenterología, Toma de muestras de laboratorio clínico, Hospitalización General de Adultos, Toma e interpretación de radiografías



odontológicas, Hospitalización General Pediátrica, Transfusión Sanguínea, Hospitalización Gineco obstétrica, Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Cuidado Intermedio Neonatal. Transporte asistencial básico, Transporte asistencial medicalizado, Medicina del Trabajo y Medicina Laboral, Laboratorio Clínico, Ultrasonido, Radiología intervencionista, cardiología.

8.11.1 Unidad De Atención Primaria Unap (Tipología 1B):

Consulta externa: Medicina especializada ambulatoria complementario a RIAS, Medicina general, enfermería, odontología general, optometría, nutrición, psicología, vacunación, Unidades móviles (ginecológica y médico odontológica).

Apoyos diagnósticos: Toma de muestras de laboratorio clínico, fonoaudiología y/o terapia de lenguaje, imágenes diagnósticas – ionizantes y no ionizantes, radiología odontológica, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas.

Complementación Terapéutica: Servicio farmacéutico.

8.11.2 Centro de salud charo centro (Tipología 1B):

Consulta externa: Medicina general, odontología general, enfermería, vacunación, odontología general, telemedicina

Atención Inmediata: Transporte Asistencial Básico. Apoyo diagnóstico: Toma de muestras de laboratorio clínico, Laboratorio clínico, toma de muestras de citologías cervicouterinas y ginecológicas.

Complementación Terapéutica: Servicio farmacéutico.

- Puestos de Salud tipología 1A que se incluyeron en este alcance para la ESE Hospital del Sarare y que actualmente están funcionando

✓ Puesto de Salud Puerto Nariño

✓ Puesto de Salud Puerto Lleras



✓ Puesto de Salud Bajo San Joaquín

✓ Puesto de Salud Calafitas

✓ Puesto de Salud Caño Seco

Fuente: REPS septiembre de 2025.

8.12. Capacidad Instalada Hospital San Vicente – Arauca. 2025.

Los servicios incluyen Hospitalización General de Adultos, Urología, Hospitalización General Pediátrica, Cirugía Plástica y Estética, Cuidado Intermedio Neonatal, Servicio de Urgencias, Cuidado Intensivo Neonatal, Transporte Asistencial Básico, Cuidado Intensivo de Adultos, Transporte Asistencial Medicalizado, Cuidado Básico Neonatal, Endoscopia Digestiva, Cirugía General, Laboratorio Clínico, Cirugía Ginecológica, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Cirugía Ortopédica, Toma de muestras de laboratorio clínico, Cirugía de Otorrinolaringología, Transfusión Sanguínea, Cirugía Plástica y Estética, Servicio Farmacéutico, Cirugía Urológica, Laboratorio de Citologías Cérvico-uterinas, Cirugía Dermatológica, Ultrasonido, Anestesia, Terapia Ocupacional, Cirugía General, Terapia Respiratoria, Dermatología, Laboratorio de Histotecnología y Patología Clínica, Enfermería, Fisioterapia, Gineco Obstetricia, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Medicina Interna, Tamización de Cáncer de Cuello Uterino, Nutrición y Dietética, Protección Específica en la Atención del Parto, Ortopedia y/o Traumatología, Protección Específica en la Atención al Recién Nacido, Otorrinolaringología, Protección Específica mediante Vacunación, Pediatría, Proceso de Esterilización y Psicología, cirugía columna, Cardiología, Infectología, medicina laboral, Reumatología, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: Radiología intervencio nista, microbiología clínica, Cirugía laparoscópica, cirugía de columna.

8.13. Capacidad Instalada, Hospital San Francisco, Fortul. 2025.

Los servicios incluyen Hospitalización General de Adultos, Hospitalización General Pediátrica, Hospitalización en Obstetricia, Enfermería, Medicina General, Odontología General, Psicología, Consulta Prioritaria, Servicio de Urgencias, Transporte Asistencial Básico, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes



Diagnósticas, Toma de Muestras de Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Toma e Interpretación de Radiografías Odontológicas y Terapia Respiratoria. Asimismo, se ofrecen programas de promoción y prevención como Protección Específica en la Atención del Parto, Atención al Recién Nacido, Vacunación, Atención Preventiva en Salud Bucal y Planificación Familiar para hombres y mujeres. También se desarrollan actividades de detección temprana, incluyendo alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, alteraciones del desarrollo del joven entre 10 y 29 años, alteraciones del embarazo, alteraciones en el adulto mayor de 45 años, alteraciones de la agudeza visual, detección temprana de cáncer de cuello uterino y de cáncer de seno. Se cuenta igualmente con el proceso de esterilización institucional, fisioterapia y la tamización de cáncer de cuello uterino.

8.13.1. Centro de salud caranal (Tipología Baja 1B)

Consulta externa: Medicina general, odontología general, enfermería, vacunación, odontología general, telemedicina

Atención Inmediata: Transporte Asistencial Básico. Apoyo diagnóstico: Toma de muestras de laboratorio clínico, Laboratorio clínico, toma de muestras de citologías cérvico-uterinas y ginecológicas. Complementación Terapéutica: Servicio farmacéutico.

8.13. Puesto de salud indígena U'wa cibariza - cerro alto (Tipología Baja 1A): No está en funcionamiento.

Capacidad Instalada, Hospital San Antonio, Tame, 2025.

Los servicios incluyen Atención General de Adultos, Atención General Pediátrica y Hospitalización en Obstetricia, junto con Cirugía Ginecológica, Enfermería, Gineco Obstetricia, Medicina General, Odontología General, Psicología, Consulta Prioritaria, Servicio de Urgencias y Transporte Asistencial Básico. También se cuenta con Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Toma de Muestras de Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Toma e Interpretación de Radiografías Odontológicas, Laboratorio de Citologías Cérvico-Uterinas, Ultrasonido, Terapia Respiratoria y Fisioterapia. En el ámbito de promoción y



prevención se ofrecen programas de Protección Específica, incluyendo la atención al recién nacido, la vacunación, la atención preventiva en salud bucal, la planificación familiar para hombres y mujeres y la atención del parto, así como el proceso de esterilización. Además, se desarrollan acciones de Detección Temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, alteraciones del desarrollo del joven entre 10 y 29 años, alteraciones del embarazo, alteraciones en el adulto mayor de 45 años, alteraciones de la agudeza visual, y la detección temprana de cáncer de cuello uterino y cáncer de seno, Nutrición y Dietética, Anestesiología, Ginecobstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Optometría, Pediatría, Vacunación, Cirugía ginecológica. Atención del parto, transporte asistencial medicalizado, fonoaudiología y/o terapia de lenguaje, imágenes diagnosticas – ionizantes y no ionizantes. Internación: Cuidado básico neonatal, Hospitalización adultos, Hospitalización paciente crónico sin ventilador, Hospitalización pediátrica. Complementación Terapéutica: Servicio farmacéutico.

Referencias

Congreso de la República de Colombia. (1994). Ley 160 de 1994. Diario Oficial No. 41.479.

Constitución Política de Colombia. (1991).

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Censo nacional de población y vivienda 2018. DANE.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Lineamientos para la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI. Bogotá, Colombia.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Estrategias para la salud indígena y atención intercultural. OMS.



Pueblo U'wa – Autoridades tradicionales. (2025). *Actualización del diagnóstico de medicina tradicional y saberes de salud del pueblo U'wa*. Documento interno no publicado.