

Plan de Trabajo para el Diseño de la Estrategia Diferencial en Salud que Fortalezca las Prácticas de Sabiduría Ancestral y el Cuidado de Salud Propia e Intercultural desde los Usos y Costumbres de los Pueblos Indígenas

Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025

Medicina Ancestral Indígena (MAI)

Bogotá D.C 2025 - 2026

Introducción

El presente Plan de Trabajo tiene como propósito orientar, de manera organizada y participativa, el proceso de construcción de la Propuesta de estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas, del Contrato Interadministrativo No 8418986 del 2025 de Medicina Ancestral Indígena, suscrito por el Fondo Financiero Distrital de Salud con el Cabildo Operador Ambiká Pijao reconociendo los principios, saberes, prácticas y formas de organización propias de los pueblos indígenas. Esta planificación articula los lineamientos establecidos por el Equipo Coordinador del cabildo operador y las orientaciones de las autoridades ancestrales en apoyo de la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de garantizar una ruta de trabajo coherente, respetuosa y culturalmente pertinente.

De igual manera, la propuesta se fundamenta en el reconocimiento de la integralidad de saberes entre la medicina occidental y la medicina tradicional indígena, entendiendo que ambas constituyen formas complementarias de comprensión, cuidado y protección de la vida y la salud. Desde esta perspectiva intercultural, la estrategia busca fortalecer escenarios de articulación, diálogo y complementariedad entre los conocimientos biomédicos y los saberes ancestrales, reconociendo el valor de las prácticas espirituales, comunitarias, territoriales y culturales en los procesos de bienestar individual y colectivo. Esta integración de saberes constituye un eje fundamental para la construcción de una atención en salud más integral, humanizada, diferencial y culturalmente adecuada para los pueblos indígenas.

La construcción de este Plan se fundamenta en el diálogo de saberes, la palabra colectiva, el análisis de fuentes de información secundaria y la participación de los equipos de salud indígena (sabedores, parteras, enlaces comunitarios, técnicos en salud y profesionales en salud.). A través de mesas de trabajo, círculos de la palabra, análisis documental y ejercicios de sistematización; se busca consolidar una propuesta que responda a las realidades territoriales, espirituales, sociales y comunitarias de cada pueblo.

Asimismo, este Plan de Trabajo establece las actividades, responsables, tiempos y productos que permitirán avanzar de manera ordenada en los diferentes momentos del proceso: identificación de necesidades, revisión de fuentes secundarias, armonización y análisis de información, construcción colectiva, formulación, socialización y validación final de la

propuesta de estrategia. Los cuales permitirán consolidar la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas con una estructura clave de componentes, líneas de acción y actividades.

En conjunto, este documento constituye una hoja de ruta que guía el proceso técnico, comunitario y ancestral, asegurando que la propuesta de estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas se construya desde los principios de complementariedad, respeto, interculturalidad y reconocimiento de la diversidad de pueblos y cosmovisiones presentes en el territorio.

Marco metodológico

El diseño de la propuesta de Estrategia se desarrolla bajo un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP) con perspectiva intercultural, diferencial y de derechos, el cual reconoce a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de conocimiento, decisión y transformación. En este sentido, la investigación-acción participativa permite descubrir y comprender el conocimiento y saber local, fortaleciendo el empoderamiento de sectores marginados social, política y económicamente, y asegurando su validación como sujetos de derechos y actores de su propio desarrollo (Contreras, 2002)

Este enfoque permite que el proceso metodológico no se limite a la recolección de información, sino que promueva la reflexión colectiva, la acción concertada y la construcción conjunta de soluciones, integrando los saberes ancestrales, la palabra comunitaria, la espiritualidad y las prácticas propias de salud con la medicina occidental.

El proceso metodológico se sustenta en los siguientes principios:

- Centralidad de la palabra y del diálogo de saberes.
- Respeto por la autonomía, usos y costumbres de los pueblos indígenas.
- Complementariedad entre medicina ancestral y medicina occidental.
- Participación informada, libre y culturalmente pertinente.
- Validación progresiva de los resultados con autoridades, sabedores y comunidades.

El proceso de construcción de la propuesta de estrategia se desarrolló mediante dos rutas metodológicas diferenciadas, en reconocimiento de la autonomía y las dinámicas organizativas propias de cada pueblo:

- Doce (12) pueblos indígenas: participación mediante círculos de la palabra y espacios de diálogo comunitario, conforme al cronograma de las Acciones 8 a 12 (Componente 2).
- Cabildos Muisca de Bosa y Muysca de Suba: construcción mediante revisión documental, análisis de fuentes secundarias y formulación autónoma de líneas de acción, conforme al cronograma de las Acciones 13 a 18 (Componente 3), con posterior armonización de sus aportes al documento general de la estrategia.

Esta diferenciación no implica una jerarquía entre rutas, sino el reconocimiento de los procesos político-organizativos, culturales y territoriales propios de cada pueblo, garantizando que ambas se articulen en el documento final de la estrategia.

Objetivo

Formular el plan de trabajo para el diseño de una estrategia diferencial en salud, con enfoque intercultural y de derechos, orientada al fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y del cuidado propio en los 14 cabildos indígenas desde lo sectorial en el marco del Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025 suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud y el Cabildo Indígena Ambiká Pijao.

Es de señalar que el presente plan de trabajo inicia a partir de la acción 8, en concordancia con la estructura del documento de lineamiento técnico-operativo que abarca la totalidad del contrato. Dicho documento se organiza en tres grandes componentes: el primero corresponde a las acciones dirigidas a la atención de familias, individuos y comunidades (acciones 1 a 7); el segundo componente está orientado al diseño de la estrategia (acciones 8 a 12); y el tercer componente presenta una dinámica similar, integrando tanto acciones de atención a familias, individuos y comunidades como acciones orientadas al diseño de la estrategia (acciones 15 a 18). En consecuencia, el presente plan de trabajo se centra exclusivamente en el desarrollo de las acciones relacionadas con el diseño de la estrategia.

Acción 8. Alistamiento para el diseño de la estrategia.

Fue la fase inicial de preparación antes de construir la estrategia propiamente dicha. Su objetivo fue asegurar que existieran las condiciones técnicas, operativas y organizativas necesarias para que el diseño sea claro, participativo y útil. Asimismo, garantizó que el diseño de la estrategia fuera coherente, viable y adaptado al contexto, evitando improvisaciones y asegurando la participación de todos los actores relevantes.

El Plan de Trabajo se desarrolló a través de las Acciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 y 18, organizadas en fases secuenciales y complementarias:

Componente 2:

- Acción 8: Alistamiento para el diseño de la estrategia
- Acción 9: Identificación de Necesidades para la Formulación de la Estrategia
- Acción 10: Generación de propuesta inicial
- Acción 11: Socialización y consolidación de la propuesta.
- Acción 12: Validación de la estrategia diferencial en salud propia.

Componente 3:

- Acción 13: Planeación y alistamiento
- Acción 15: Alistamiento, balance y levantamiento de línea base frente a las acciones diferenciales.
- Acción 16: Construcción colectiva de la propuesta de estrategia diferencial para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres.
- Acción 17: Formulación de la propuesta del diseño de estrategia para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres.
- Acción 18: Revisión, ajuste y aval de la propuesta de estrategia diferencial en salud propia

Cada acción integró actividades específicas, responsables definidos y productos esperados.

La Acción 8 desarrolló actividades relacionadas con la definición concertada de las metodologías, herramientas, identificación de actores clave, cronogramas y responsabilidades que orientaron las acciones posteriores (9 a 12). Este alistamiento constituyó un acuerdo técnico, cultural y organizativo que evitó improvisaciones, garantizó la participación informada de los actores y estableció los mínimos colectivos para el diseño de la estrategia diferencial en salud, orientada al fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y al cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

Actividad 1: Construcción del plan de trabajo.

La construcción del presente plan de trabajo se realiza en articulación con las orientaciones del equipo técnico de la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos para el desarrollo de las diferentes acciones.

Si bien el plan de trabajo se articuló a los lineamientos técnicos de la Secretaría Distrital de Salud, su construcción se fundamenta en el ejercicio de la autonomía de los pueblos indígenas, reconociendo que las decisiones metodológicas, los tiempos comunitarios y las formas de participación responden prioritariamente a los usos y costumbres de cada pueblo.

En este sentido, se describieron las actividades a ejecutar, acompañadas de un cronograma, los entregables requeridos y los responsables asignados para cada una de ellas. El resultado de esta actividad fue el presente documento de plan de trabajo para el diseño de una estrategia diferencial en salud, orientada a fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

Actividad 2: Adaptación de herramientas para la recolección de información.

La adaptación de las herramientas para la recolección de información se basa en un análisis exhaustivo realizado junto con los equipos de salud indígena, involucrando a los actores principales con el fin de focalizar adecuadamente las actividades a desarrollar y garantizar la obtención de información de fuentes primarias.

En un principio, en este proceso se definieron tres grandes actividades; no obstante, en el mes 6 surgió la necesidad de reestructurar las categorías de análisis, las cuales orientaban la construcción de las herramientas requeridas para los espacios. En consecuencia, se planteó la aplicación exclusiva de Círculos de la Palabra para el componente 2, mientras que el componente 3 desarrolló sus actividades mediante mesas de trabajo. Lo anterior implicó retirar la aplicación de cuestionarios con escala tipo Likert, debido a que, operativamente, los tiempos no permitían su concertación, apropiación y pilotaje

Estos instrumentos del componente 2 contaron con una estructura base y un conjunto de preguntas definidas, independientemente del equipo de salud indígena que los implementó. Sin embargo, se presentaron variaciones según los momentos establecidos. El primer momento correspondió a la identificación de necesidades en salud, en el cual las preguntas se orientaron a distintos actores con el fin de recopilar información pertinente en relación con la identificación de necesidades en salud propia, correspondiente a la acción 9 del lineamiento técnico-operativo, las cuales a su vez se relacionaron con las categorías analíticas planteadas.

El segundo momento se relaciona con la construcción de la propuesta de estrategia, donde las propuestas formuladas por el equipo de salud indígena se alimentarán de los aportes de los actores involucrados y en línea con las categorías analíticas, dando respuesta a la acción 11 del lineamiento técnico-operativo. En consecuencia, los instrumentos en cada momento requirieron una focalización distinta en sus preguntas. Dichos recursos se encuentran en la caja de herramientas anexa a este documento.

Mapa de actores

Como parte del desarrollo de la acción 8, se incluyó la elaboración del mapa de actores, el cual se articuló con la construcción del plan de trabajo y con la adaptación de las herramientas para la recolección de información. Esta herramienta permitió focalizar a las personas clave para la identificación de necesidades y el diseño de la estrategia. A través del mapa de actores se reconocieron los actores, sus intereses y sus niveles de poder, lo que facilitó definir con precisión a quién involucrar, con quién coordinar y qué alianzas debían establecerse. Esto contribuyó a planear una estrategia más informada, realista y pertinente, asegurando que las acciones propuestas respondieran al contexto, contarán con los actores adecuados y tuvieran mayores posibilidades de éxito.

Las alianzas mencionadas se enmarcan en el proceso sostenido que el MAI ha desarrollado a lo largo del tiempo, el cual ha permitido consolidar espacios de diálogo, coordinación y articulación con el sector salud para el fortalecimiento de los procesos de atención con enfoque diferencial e intercultural. Estas alianzas han contribuido al reconocimiento de las prácticas propias, a la adecuación de rutas de atención y al posicionamiento de las necesidades de los pueblos indígenas en los escenarios institucionales. En este sentido, se cuenta con articulación con la EPS Capital Salud, los delegados de la Política Pública Indígena y los referentes de políticas diferenciales de cada una de las subredes de servicios de salud. Con el propósito de fortalecer la coordinación interinstitucional, aportar elementos técnicos y territoriales al proceso, promover la complementariedad entre los sistemas de salud y garantizar que la construcción de la estrategia responda a las necesidades, particularidades culturales y dinámicas comunitarias de los pueblos indígenas.

El mapa de actores no es un instrumento estático, sino una herramienta dinámica que podrá ajustarse durante el desarrollo del proceso, de acuerdo con las decisiones de las autoridades indígenas y las particularidades territoriales de cada pueblo.

Actores Internos del Cabildo

Son los actores que conforman el núcleo rector del proceso de salud propia. Su papel es fundamental, pues desde ellos se orientan las decisiones, los principios y la visión espiritual y política que guía la estrategia.

- **Autoridades tradicionales**

Representan la máxima instancia de gobierno propio. Custodian la memoria, los principios ancestrales y orientan el rumbo del cabildo. Son quienes validan, autorizan y acompañan el proceso desde la cosmovisión indígena, garantizando que cada decisión responda a la identidad y al mandato comunitario. Así mismo se incluyen ex autoridades que dentro de los procesos comunitarios continúen presente en el caminar y fortaleza del pueblo indígena.

- **Equipo de Salud Indígena**

Grupo técnico-operativo encargado de llevar a cabo las actividades del MAI en el territorio. Aporta conocimientos interculturales en salud, gestiona procesos comunitarios y

articula con instancias externas. Cumple un rol de puente entre los saberes propios y los dispositivos institucionales.

- Sabedores, médicos ancestrales, parteras y caminantes de la medicina ancestral

Portadores de conocimiento espiritual, ritual, botánico y ceremonial. Son guías del equilibrio y armonización, orientan la lectura del territorio y de la salud desde la tradición ancestral. Su participación garantiza que la estrategia este fundamentada en el saber propio.

- Talento humano con experiencia en salud propia

Incluye personas formadas en procesos comunitarios, promotores, terapeutas tradicionales y otros perfiles con experiencia en interculturalidad. Su rol es fortalecer la implementación territorial de la estrategia con enfoques diferenciales y conocimientos específicos del pueblo.

Actores Comunitarios

Son la base viva del proceso, quienes experimentan, construyen y transforman diariamente las prácticas de salud y vida dentro del territorio. Representan la voz colectiva y las dinámicas reales de la comunidad.

- Familias y personas atendidas por los equipos MAI

Son el centro de la atención y, a la vez, actores activos en la construcción de la estrategia. Sus experiencias, saberes cotidianos, prácticas de cuidado y necesidades concretas orientan el enfoque y las acciones a desarrollar.

- Líderes comunitarios y de procesos en salud propia

Personas que dinamizan iniciativas comunitarias, acompañan procesos organizativos y representan territorios específicos. Facilitan la comunicación, promueven la participación y aportan conocimientos surgidos del trabajo comunitario como el caso de consejos de salud, consejo de mayores o abuelos y organizaciones internas que cuenten con la pertinencia de participación en los espacios en que se convoquen.

Actores Institucionales

Son entidades externas que brindan lineamientos, apoyo técnico, articulación normativa y recursos para la implementación y sostenibilidad de la estrategia diferencial en salud que

fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

- Secretaría Distrital de Salud

Entidad responsable del acompañamiento institucional, la entrega de lineamientos técnicos y la articulación con políticas públicas en salud. Apoya con recursos, seguimiento y orientación normativa.

- Referentes en políticas públicas indígenas

Actores institucionales especializados que garantizan el cumplimiento de los enfoques étnicos dentro de las acciones distritales. Aportan conocimiento normativo, metodologías y criterios diferenciales.

- Referentes en políticas públicas diferenciales de gestión del riesgo de las 4 subredes

Profesionales en enfoques étnicos, género, momento de ciclo de vida y otros marcos diferenciales que complementan la perspectiva indígena y permiten transversalizar la interculturalidad.

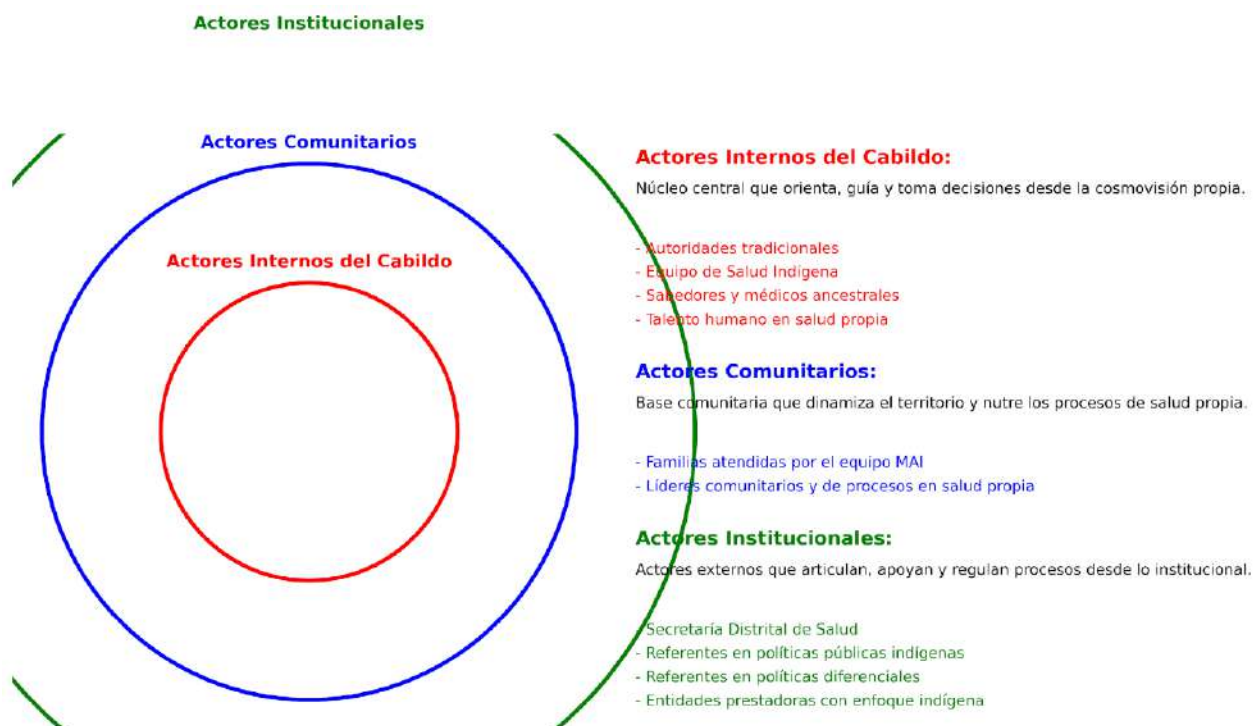
- Entidades prestadoras de salud con enfoque indígena

Instituciones que brindan atención en salud articulada al MAI. Facilitan procesos de acceso, atención respetuosa y coordinación intercultural con el equipo de salud indígena y las autoridades. Tales como Capital Salud, Famisanar y Compensar, principalmente los perfiles que estén inmersos en la atención con enfoque diferencial, ya sean que los denominen como referentes o sus homónimos.

- Actores intersectoriales

Instituciones, organizaciones o instancias de distintos sectores (educación, ambiente, desarrollo social, cultura, planeación, entre otros) que, desde sus competencias, recursos y responsabilidades, interactúan, se articulan o inciden de manera conjunta en la atención de una problemática común, reconociendo que su abordaje requiere acciones coordinadas y no aisladas.

Imagen 1. Mapa de actores



Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

La imagen presenta un mapa de actores organizado en tres niveles concéntricos, que permiten visualizar cómo se estructura la participación en los procesos de salud propia e intercultural. En el centro se ubican los Actores Internos del Cabildo, representados en el círculo rojo, quienes conforman el núcleo de orientación y toma de decisiones desde la cosmovisión indígena, incluyendo autoridades tradicionales, sabedores, médicos ancestrales y el talento humano en salud propia. El segundo anillo, en azul, corresponde a los Actores Comunitarios, es decir, las familias y líderes en salud que sostienen los procesos desde la base comunitaria. Finalmente, en el círculo externo verde se encuentran los Actores Institucionales, quienes cumplen funciones de articulación, apoyo y regulación desde el ámbito estatal, como la Secretaría Distrital de Salud y referentes de políticas diferenciales. En conjunto, la imagen ilustra la relación, jerarquía y complementariedad entre los diferentes actores que intervendrán en la construcción de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus experiencias y aprendizajes en el trabajo de la salud propia.

Responsables

A continuación, se definen los responsables y sus funciones dentro de esta acción teniendo en cuenta que es fundamental garantizar que lo propuesto se ejecute de manera ordenada, oportuna y coherente.

Tabla 1. Roles y funciones para la implementación metodológica — Acción 8

Perfil	Responsabilidades / Funciones principales
Profesional de salud en enfermería – médico	- Diseñar metodologías coherentes con la cosmovisión indígena (teniendo en cuenta que el perfil es compartido por dos pueblos étnicos - Proponer mecanismos de complementariedad entre medicina ancestral y medicina occidental.- Orientar la planeación previa de los círculos de la palabra para la construcción de fichas metodológicas.- Diseñar formatos coherentes con la cosmovisión indígena para la recolección de información.- Prever las variables necesarias para la recolección y análisis de información.- Definir los mínimos requeridos para los productos técnicos: fichas metodológicas, matrices de fuentes primarias y secundarias, listados de asistencia, formatos de seguimiento de insumos, plantillas base para documentos.
Técnico en salud	- Apropiar y aplicar correctamente los formatos propuestos para la recolección de información. - Identificar y evaluar puntos críticos en la captación de datos (habla en lengua, grabación de espacios, escritura, toma de imágenes). - Orientar a las personas convocadas sobre su participación en los espacios. - Apoyar los procesos logísticos y operativos propios del desarrollo de las actividades.
Enlace de salud comunitario	- Promover el entendimiento del proceso en lengua y contexto cultural propio. - Coordinar la definición de fechas tentativas para el desarrollo de los espacios. - Gestionar los lugares físicos para la realización de las actividades. - Apoyar en la organización y logística del compartir de alimento. - Liderar la convocatoria y aseguramiento de la participación comunitaria.
Sabedor ancestral, guía espiritual, partera	- Gestionar los recursos ancestrales requeridos para los diferentes espacios. - Definir los principios y fundamentos de salud propia que orientan el Plan de Trabajo. - Revisar los contenidos y acciones propuestas para asegurar su coherencia con la cosmovisión y el orden ancestral. - Validar culturalmente las acciones, metas y compromisos del Plan de Trabajo. - Orientar desde el saber ancestral la construcción de acuerdos y orientaciones prácticas para el abordaje de la salud propia.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Entregables

- Caja de herramientas que dé cuenta de la Creación o adaptación de Instrumentos de recolección de la información para la estrategia en salud
- Actas y listados de asistencia de reuniones

- Matriz con plan de trabajo y cronograma semanal por cada equipo de salud indígena que dé cuenta del quehacer de cada uno de los perfiles en el marco del diseño de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas
- Seguimiento de ejecución de actividades con matriz de plan de trabajo y cronograma semanal por cada equipo de salud indígena

Cronograma

Las dos actividades previamente descritas contaron con un tiempo de ejecución previsto para el primer mes, comprendido entre el 10 de octubre y el 9 de noviembre de 2025, el cual estuvo desagregado por las semanas 3 y 4, conforme a lo establecido en el lineamiento y a los acuerdos concertados con el Consejo Consultivo. Sin embargo, es importante señalar que el plan de trabajo se concibió como de naturaleza dinámica, por lo que pudo ajustarse a lo largo de su implementación. En este sentido, lo proyectado para el primer mes estuvo sujeto a modificaciones según las necesidades que surgieron en el mes 6 donde al reestructurar las categorías se debió construir nuevas preguntas que permitieran recoger la información requerida en los círculos de la palabra.

Tabla 2. Cronograma de actividades acción 8

		Mes 1			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4
Acción 8	Construcción del plan de trabajo.			Si	Si
	Adaptación de herramientas para la recolección de información.			Si	Si

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 9. Identificación de Necesidades para la Formulación de la Estrategia

Fue un proceso que permitió reconocer, comprender y priorizar los aspectos que requerían atención antes de diseñar una estrategia o plan de acción. En otras palabras, fue el espacio donde se recogió información clave para fundamentar decisiones posteriores.

Este proceso garantizó que la propuesta de estrategia respondiera de manera pertinente a las dinámicas culturales, territoriales y comunitarias. Asimismo, reconoció y valoró las voces de los líderes, sabedores, familias, equipos de salud indígena y demás actores involucrados. De igual forma, permitió comprender no sólo las necesidades biomédicas, sino también aquellas de carácter espiritual, cultural, social y relacionadas con la interacción con el territorio.

La priorización de necesidades identificadas se realizó con base en los siguientes criterios, los cuales fueron contemplados desde el equipo coordinador:

- Frecuencia y recurrencia de la necesidad en las fuentes de información.
- Gravedad percibida por la comunidad y autoridades.
- Impacto en la armonía espiritual, familiar y comunitaria.
- Viabilidad de abordaje desde la salud propia e intercultural.
- Articulación con el sistema de salud institucional.

Actividad 1 Recolección de información secundaria.

Buscando recopilar, revisar y analizar información documental que ya habían sido producida por diferentes instituciones; documentos tipo: estudios, investigaciones o sistemas de información. esto no implicó generar información nueva, sino utilizar la existente para comprender el contexto, identificar tendencias y complementar el análisis.

Este proceso permitió comprender la situación histórica y actual de salud de cada pueblo o comunidad, así como las dinámicas territoriales, socioculturales y epidemiológicas que influyeron en ella. De igual manera, facilitó el análisis de antecedentes sobre acciones previas, avances alcanzados y desafíos persistentes, lo que contribuyó a una visión integral del contexto.

El análisis de fuentes secundarias se desarrolla como un proceso técnico y metodológico orientado a identificar, organizar, interpretar y sistematizar información relevante sobre la situación de la salud propia, las prácticas de sabiduría ancestral y las acciones diferenciales implementadas en los pueblos indígenas, garantizando la pertinencia cultural y la coherencia con los usos y costumbres.

Este proceso combinó un enfoque cualitativo de análisis documental con criterios interculturales y diferenciales, reconociendo tanto los documentos institucionales como las producciones comunitarias como fuentes legítimas de conocimiento.

Se considerarán como fuentes secundarias, entre otras:

- Documentos normativos (leyes, decretos, resoluciones, acuerdos).
- Planes, programas y políticas públicas con enfoque étnico o diferencial.
- Informes técnicos y administrativos de entidades competentes.
- Registros y documentos internos de los cabildos
- Estudios académicos y técnicos relacionados con salud indígena y medicina ancestral.

Criterios de inclusión

- Pertinencia directa con la salud propia, la medicina ancestral o el enfoque diferencial.
- Relación con el territorio y los pueblos indígenas involucrados.
- Reconocimiento o validación por parte de las autoridades indígenas.
- Vigencia y relevancia para la comprensión del contexto actual.

Criterios de exclusión

- Documentos sin relación directa con el objeto del análisis.
- Información descontextualizada culturalmente.
- Fuentes duplicadas o con información obsoleta que no aporte al análisis.

Para el presente Plan de Trabajo, las orientaciones metodológicas del Equipo Coordinador respecto a la recolección de información secundaria se organizaron en dos momentos.

En un primer momento, se priorizó la búsqueda interna dentro de cada cabildo, recopilando documentos, registros y trabajos elaborados a lo largo del tiempo por las personas que han contribuido a la construcción y consolidación del tejido social de las comunidades indígenas. En el segundo momento, se realizó la consulta de documentación ya publicada, considerando aquellas fuentes que abordaban el enfoque étnico y los pueblos indígenas, y, en la

medida de lo posible, información específica del pueblo al que se dirigía el análisis. Finalmente, se incorporó también la información pertinente para comprender el territorio de Bogotá.

La recolección de información secundaria permitió incorporar diversos documentos, registros y fuentes de consulta aportados por los cabildos indígenas y actores participantes, los cuales contribuyen a la comprensión de las dinámicas territoriales, culturales, organizativas y de salud propias de cada pueblo. Esta información constituye un insumo fundamental para la formulación de la propuesta de estrategia, al fortalecer el análisis contextual, la identificación de necesidades y la construcción de acciones culturalmente pertinentes desde un enfoque intercultural y diferencial.

En este sentido, los equipos de salud indígena contaron con la orientación de elaborar las actas y listados correspondientes, evaluando los documentos existentes con el acompañamiento de las autoridades indígenas. Estos insumos quedaron consolidados para su inclusión en el análisis posterior de la información. Dentro de esta actividad es importante resaltar el desarrollo de la matriz de información de fuentes secundarias, incluida en la caja de herramientas, cuyo propósito fue organizar y discriminar las fuentes documentales que aportan a la acción 9, orientada a la identificación de necesidades para la formulación de la estrategia.

Es importante mencionar que, esta actividad fue desarrollada inicialmente en el mes 1, por lo que fue necesario retomarla en el mes 6, momento en el cual los 12 equipos de salud indígena reorientaron sus esfuerzos y actividades hacia la consolidación de la propuesta de estrategia.

En este marco, la directriz emitida por el equipo coordinador permitió establecer un mínimo de dos y un máximo de cuatro mesas de trabajo por equipo. Estas mesas asumieron el rol de retomar la matriz de fuentes secundarias construida en el primer mes, evaluando si los documentos y las citas relacionadas resultaban suficientes o si, por el contrario, era necesario ampliar, ajustar o excluir parte de la información.

Lo anterior se sustentó en la comprensión de que, durante el mes 1, el talento humano aún no contaba con total claridad frente a la construcción de la propuesta de estrategia, particularmente en relación con sus alcances, objetivos y acciones proyectadas, lo que generó dificultades en la unificación de criterios, la orientación metodológica y la apropiación homogénea del proceso por parte de los equipos. Estas situaciones se abordaron mediante

espacios de acompañamiento técnico, retroalimentación continua y ejercicios de socialización interna, que permitieron avanzar progresivamente en la comprensión común del proceso y en el fortalecimiento de capacidades. En consecuencia, durante el mes 6 los equipos contaron con mayor claridad y autonomía para definir si las mesas de trabajo se enfocaban en la revisión, retroalimentación y ampliación de la matriz existente, o en su uso como base para la consolidación de ideas que se habían venido gestando a lo largo de los meses previos.

A continuación, se relaciona por pueblo los documentos o fuentes que anexan como parte de fuentes secundarias, siendo Wounaan el único que no amplió estas fuentes de información.

Tabla 3. Fuentes de información secundaria por cada pueblo indígena

Equipo Indígena	Documento
Eperara	Saber propio La importancia del Jaipana en el resguardo indígena Almorzadero Bubuey – pueblo Eperara Siapidaara, Municipio de Timbiquí cauca Los Eperara Siapidara en ecuador proceso de visibilización Azoteas y plantas medicinales Diálogo intercultural como instrumento para visibilizar el saber ancestral de la partería ante la medicina occidental Pueblos étnicos y medicina ancestral en la localidad de san Cristóbal, Bogotá Organización nacional indígena de Colombia – oni.
Inga	Diagnóstico e identificación de factores estratégicos política pública de los pueblos indígenas en Bogotá d.c. Fase de agenda pública en el marco de la reformulación de la política pública de los pueblos indígenas en Bogotá, d.c. capítulo resultados de la información obtenida en el proceso de participación Estrategias de acción sobre el problema de las drogas pueblo inga Formas de cuidado propias e interculturales de la zona Tandachidiru Wasi Plan de salvaguarda del pueblo inga de Colombia - eje salud y medicina propia Plan integral de vida del pueblo inga manoy Santiago
Kamentsa	Síntesis Orientadora De política Publica Desafíos para la garantía de Derecho Del Pueblo Kamentsa Biya De Bogotá Documento De línea Base De justicia pueblo Camëntsá Biya de Sibundoy putumayo 2020 Chagras medicinales: usos de las plantas medicinales de las chagras y saberes de las mujeres Camëntsá, del municipio de Sibundoy, para el cuidado del cuerpo propio. Los Camëntsá y el legado visual de la diócesis de Mocoa-Sibundoy Chagras y mujeres: usos de las plantas medicinales de las chagras y saberes de las mujeres Camëntsá, del municipio de Sibundoy, para el cuidado del cuerpo propio.
Kichwa	Allpa llankaymanta aylluhunawan yachahuna kamu/aprender agricultura con este manual Cartilla de fortalecimiento de la medicina tradicional de la comunidad indígena Kichwa de Bogotá Cartilla orientaciones pedagógicas de la educación propia e intercultural de 14 pueblos indígenas que habitan en Bogotá, d.c Encuentro de saberes ancestrales Kawsay Ñukanchi hampita yuyarishpa, recordando nuestra medicina Patrimonio cultural alimentario Plantas medicinales de la zona andina de Cotacachi Buen vivir-vivir bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas Enfoque intercultural y de género en salud materna
Misak	Pueblo Misak – Plan de Nutrición y Salud Misak Propios Mandato II congreso Nu Nakchak

Equipo Indígena	Documento
Nasa	<p>Decreto Ley N° 0480 de 2025</p> <p>Reflexiones sobre salud y autonomía alimentaria del pueblo indígena Nasa Estrategias para mejorar la calidad del modelo de atención de una EPS indígena en el 2024 Atención de la salud y la enfermedad en comunidades Nasa: prácticas, significados y desencuentros Atención del parto y posparto: Experiencias de mujeres indígenas Nasa en servicios de alta y mediana complejidad, suroccidente colombiano, 2022-2023 Modelo De Cuidado De La Salud Territorio Nasa – Tejido Salud Propuesta ruta de atención en salud dirigida a la comunidad I indígena Nasa del Resguardo de San Francisco, armonizada desde la medicina ancestral y medicina occidental Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena</p>
Pastos	<p>What motivates medical students to learn about traditional medicine? A qualitative study of cultural safety in Colombia Resolución 3280 de 2018 Síntesis orientadora de Política pública de derechos del pueblo LOS PASTOS EN BOGOTÁ Panorama de la medicina tradicional en el Resguardo Muisca de Cota, Colombia: estudio transversal Germán Estructura de la Escuela desde la visión indígena y afrocolombiana Aportes para la implementación de la Escuela de Saberes Ancestrales étnicos en la localidad de Bosa: Diseño de 12 módulos del saber Pensamiento del trenzar y el tejer la sabiduría ancestral de las comunidades Negras Afrocolombianas y Pueblos Indígenas en la localidad de Bosa PAYACUANDO MEDICINA ANCESTRAL Tejido de saberes en Cosmovisión Tejiendo esperanza Comunidades étnicas, saberes ancestrales y medicinas tradicionales Identidad Cultural del Pueblo Indígena Pastos y su Relación con la Sostenibilidad del Territorio Decreto 480/2025 DECRETO 968 DE 2024</p>
Pijao	<p>Danza y ritmo pijao Decreto 968 de 2024 nivel nacional El caminar de los niños y jóvenes pijao en el corazón de la madre tierra Hacia un modelo intercultural de salud Medicina tradicional pijao Pijaos salud EPSI medicina ancestral Salud mental y medicina tradicional de las comunidades ancestrales pijaos del Tolima en contextos de violencia.</p>
Tubu	<p>SUARY Asociación Bioética, Social y Cultural Tubu hijos del tiempo y espacio Autoridades Tubu</p>
Uitoto	<p>Palabra para el buen vivir Naturaleza y cultura en la ley de origen de la gente de centro de leticia: el uso estratégico de un concepto indígena en el plan de salvaguarda étnica Uitoto Creencias y prácticas en salud oral en comunidades indígenas para el diseño de un modelo de atención integral de salud con enfoque intercultural en Colombia. Una revisión APS como estrategia para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas Orientaciones para la atención integral en salud, con enfoque diferencial, de los pueblos indígenas en las intervenciones individuales de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta para la población materno perinatal. Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI Palabra para el buen vivir Amazonía esencia viva: restauración, saberes y economía indígena para un territorio vivo. Plantas útiles en una comunidad indígena murui-muinane desplazada a la ciudad de Florencia (Caquetá Colombia) Conocimiento y manejo del bosque. Los Uitoto en la amazonia colombiana Mujeres y plantas: una historia sobre la medicina tradicional amazónica - consejo de redacción Conocimiento tradicional y uso de plantas medicinales. Comunidad multiétnica san José km. 6 leticia</p>
Yanacona	<p>Síntesis orientadora de Política pública de derechos del pueblo YANACONA EN BOGOTÁ MONTAÑAS, CAMINOS, KINGOS Y ZINGOS modelo de cuidado de la salud intercultural del pueblo yanacona</p>

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

El análisis de las fuentes secundarias recopiladas por los equipos de salud indígena evidencia un avance significativo en la identificación de documentos clave relacionados con el saber propio, la medicina ancestral, los planes de vida y los modelos de salud intercultural de los distintos pueblos.

Se observa que gran parte de la información se concentra en documentos programáticos (planes de vida, planes de salvaguarda y modelos de salud de territorio de origen), así como en algunos desarrollos académicos y cartillas pedagógicas. Asimismo, es evidente la variabilidad entre pueblos: mientras algunos cuentan con una base documental más robusta como Inga, Camëntsá o Nasa, otros presentan una menor disponibilidad de registros sistematizados como Eperara, Misak o Tubu. En este sentido, pueblos como Inga, Camëntsá o Nasa han desarrollado mayores ejercicios de sistematización y producción documental, lo que se traduce en una base de información más robusta. Por el contrario, en pueblos como Eperara o Tubu no se evidencia el mismo nivel en la generación de registros escritos, sin que ello implique ausencia de procesos o saberes, los cuales se mantienen principalmente en la tradición oral y en prácticas comunitarias.

De igual manera, se identifica que varios documentos tienen un enfoque general o nacional, lo cual, si bien aporta marcos normativos y conceptuales relevantes, no siempre logra reflejar las particularidades del contexto urbano de Bogotá.

En este sentido, ampliar las fuentes secundarias no solo implicó incrementar la cantidad de documentos, sino también fortalecer su calidad, diversidad y pertinencia, integrando distintos tipos de conocimiento (técnico, comunitario, ancestral e intercultural). Este proceso permitió construir un análisis más sólido, contextualizado y coherente con las realidades de los pueblos indígenas, aportando de manera más efectiva a la formulación de la estrategia.

Otra de las características de esta actividad fue la reestructuración de las categorías, lo cual representó un reto importante en la matriz de fuentes secundarias, especialmente en el proceso de asociar las citas de acuerdo con las nuevas categorías definidas. Esta situación generó dificultades en la reclasificación de la información, la consistencia en los criterios de agrupación y la validación de las citas previamente incorporadas.

En este contexto, se resalta que el equipo técnico de la Secretaría de Salud compartió un ejercicio valioso a partir de la primera matriz de información primaria y secundaria remitida, proceso en el que también participaron autoridades en salud del pueblo Muisca, en el cual se estableció un paralelo entre categorías, facilitando la reorganización y consolidación de las citas. Asimismo, este ejercicio permitió identificar aquellas citas que no cumplían con los criterios de validez bajo normas APA, las cuales fueron objeto de revisión y ajuste.

Si bien este aporte fue significativo, se hizo necesario que el equipo coordinador verificara, a partir de la nueva información incorporada en la matriz, cómo se realizaría el ajuste a las categorías redefinidas. Este proceso se abordó mediante la revisión técnica, la unificación de criterios y la validación progresiva de la información, con el fin de asegurar que el instrumento quedara debidamente consolidado, coherente y alineado con los objetivos del análisis.

Categorías Analíticas

Orientaciones para el Cuidado de la Salud indígena con Enfoque Propio

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

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

Territorio

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

Subcategorías

Territorialidad, movilidad y presencia viva en el Territorio: Esta categoría comprende el territorio como un sujeto vivo esencial para la salud integral, donde el hogar, la comunidad y el entorno se configuran como espacios de equilibrio espiritual y energético. Desde esta perspectiva, se valoran y analizan las condiciones físicas, ambientales, simbólicas y organizativas de los espacios destinados a la atención ancestral. Incluye, además, la identificación de lugares para prácticas rituales, preparación de medicinas, encuentros de palabra y procesos de armonización espiritual, fundamentales para el cuidado y la pervivencia cultural.

Territorio y sitios sagrados como sujeto de cuidado: Reconoce la relación de reciprocidad entre la comunidad y la Madre Tierra, entendiendo que el territorio es un ser vivo que cuida y sostiene la vida. Incluye los sitios sagrados como espacios fundamentales de conexión espiritual, armonización y transmisión de saberes. La protección del entorno natural y de estos lugares sagrados constituye una estrategia esencial para la prevención, el equilibrio, la curación, la sanación y la pervivencia cultural dentro del sistema de salud propio.

Prácticas del cuidado propio e intercultural

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

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

Saberes propios para fortalecer la pervivencia

Hace referencia al conjunto de conocimientos ancestrales, prácticas, creencias y formas de comprensión del mundo que son transmitidas de generación en generación dentro de los pueblos indígenas. Esta categoría busca fortalecer la preservación, recuperación y transmisión de estos saberes al interior de las comunidades. Incluye procesos de educación propia orientados a revitalizar conocimientos que se encuentran en riesgo de pérdida, así como a reforzar aquellos

que permanecen vigentes. Además, reconoce el papel de estos saberes como guía en la interacción con instituciones externas, promoviendo un diálogo intercultural respetuoso.

Nota sobre la Categoría 5. Transversalidad, gobernanza y coordinación del equipo

A lo largo del proceso emergió una quinta categoría —Transversalidad, gobernanza y coordinación del equipo—, que reúne los asuntos de articulación interna, gobierno propio y coordinación que sostienen operativamente las cuatro categorías anteriores. Se consigna aquí en su carácter de categoría emergente, surgida del propio desarrollo del proceso y no de la formulación inicial: queda pendiente definir, con las autoridades y el equipo coordinador, su consolidación o no como categoría de la estrategia. Las referencias a la categoría 5 en los apartados metodológicos de este Plan de Trabajo deben leerse con ese alcance provisional.

Actividad 2 Círculo de palabra con equipos.

Dentro del desarrollo de las actividades de la MAI, se han concebido espacios como los círculos de la palabra, los cuales requieren una definición que oriente el sentir, el pensamiento y la práctica de los sabedores de los 12 pueblos indígenas. Siendo así que el Círculo de la Palabra es una práctica ancestral de los pueblos indígenas que consiste en un espacio colectivo de diálogo, reflexión y escucha respetuosa. En este espacio, las personas se reúnen formando un círculo para conversar de manera ordenada, horizontal y armónica, reconociendo la palabra como un elemento sagrado que orienta la vida comunitaria.

En el Círculo de la Palabra, todas las voces tienen el mismo valor y se privilegia la participación equitativa. La palabra se utiliza como medio para construir acuerdos, resolver conflictos, transmitir saberes y comprender situaciones comunitarias. Esta práctica promueve la escucha activa, el respeto por los tiempos de cada participante y la armonía en la conversación.

A diferencia del debate o la confrontación, el Círculo de la Palabra se basa en el diálogo desde la espiritualidad, la sabiduría y la experiencia. Además de su importancia cultural y espiritual, esta metodología es ampliamente utilizada en procesos de investigación comunitaria, salud indígena, toma de decisiones y fortalecimiento del tejido social.

Para el desarrollo de esta actividad, se planteó la convocatoria de todo el talento humano, bajo la orientación y liderazgo del Equipo Coordinador. Este espacio contó con un instrumento que integró una serie de preguntas para guiar el diálogo, iniciando, como fue habitual, con un

ritual de armonización y continuando con intercambios orientados a fortalecer la identificación de necesidades para la construcción de una propuesta de estrategia diferencial en salud. Dicha actividad se enfocó en el fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, a partir de la perspectiva del talento humano vinculado al contrato interadministrativo del MAI.

Este ejercicio fue fundamental, considerando que la mayoría del talento humano contaba con antigüedad y experiencia dentro de sus respectivos equipos indígenas, incluso desde antes del inicio de los contratos interadministrativos en 2023. En consecuencia, se reconoció el valor de sus conocimientos acumulados a lo largo de los años, los cuales han contribuido a la construcción de los procesos actuales y representaron un insumo esencial para proyectar una estrategia futura coherente con los usos y costumbres de cada pueblo indígena.

La dinámica establecida por el equipo coordinador con los equipos de salud indígena, y que se proyectó como modelo para su réplica en los distintos espacios comunitarios, se fundamentó en una planeación guiada por una ficha metodológica. Esta ficha incluyó los requerimientos mínimos para el desarrollo de la actividad, tales como el objetivo del encuentro y las preguntas orientadoras del diálogo.

Posteriormente, se enfatizó al equipo la importancia de realizar una adecuada toma de apuntes, así como el registro de audio y fotografías del Círculo de la Palabra desarrollado. Lo anterior con el fin de elaborar un acta que diera cuenta del desarrollo de la actividad y una relatoría que refleja fielmente las voces de cada uno de los participantes, en este caso, los cinco perfiles que conforman el equipo de salud indígena.

Esta dinámica se articuló con el diligenciamiento de una matriz de fuentes primarias, la cual permitió identificar categorías analíticas para orientar los diferentes elementos requeridos en la estrategia diferencial en salud, enfocada en el fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas. Con base en todo este proceso y su contexto, se llevó a cabo la actividad propuesta.

Actividad 3 Círculos de palabra con actores comunitarios.

Para el desarrollo de esta actividad se reconoció que el Círculo de la Palabra, de acuerdo con su esencia y definición mencionada anteriormente, podía adoptar diversas formas, incluyendo diálogos entre dos o más personas. Por ello, en este espacio se definió la realización de dos Círculos de la Palabra por pueblo.

El primero se orientó a actores internos del cabildo y actores institucionales (ver mapa de actores), incluyendo autoridades indígenas, sabedores y médicos ancestrales, así como talento humano de la comunidad con experiencia en salud propia, referentes de política pública indígena, referentes de políticas públicas diferenciales y representantes de la Secretaría Distrital de Salud y de las entidades prestadoras de servicios con enfoque diferencial. El propósito de estos encuentros fue profundizar en las categorías de reconocimiento de la salud propia indígena, formación de capacidades y diálogo intercultural, así como en la categoría de sostenibilidad. Estas contaron con unas preguntas establecidas en la respectiva ficha metodológica. Se esperaba que los actores convocados aportaran desde sus experiencias y vivencias, proporcionando elementos que enriquecieran la comprensión y el alcance de cada una de estas categorías.

El segundo Círculo de la Palabra estuvo orientado a los actores comunitarios (ver mapa de actores), representados por las familias atendidas por el equipo de Medicina Ancestral Indígena y por los líderes comunitarios vinculados a los procesos de salud propia. Este espacio se enfocó en abordar las categorías de prácticas y saberes ancestrales, atención en salud propia intercultural indígena y espacios de atención en salud propia. Estas contaron con unas preguntas establecidas en la respectiva ficha metodológica¹.

El número de participantes previsto para los Círculos de la Palabra osciló entre 8 y 10 personas por cada uno de los 10 equipos de salud indígena². Este tamaño de grupo permitió un diálogo cercano y profundo con cada participante, teniendo en cuenta que se abordaron tres categorías y un aproximado de seis preguntas. Asimismo, facilitó una gestión óptima de los recursos destinados, incluyendo los insumos ancestrales requeridos para el desarrollo de ambos espacios.

¹ Ver Anexo caja de herramientas, componente 2, acción 9, Círculo de la palabra- Actores Comunitarios

² Se señala que algunos equipos de salud lograron la participación de 5 o 6 personas en el grupo de actores institucionales, debido a la baja población con la que cuentan.

En conjunto, estas técnicas permitieron enriquecer el proceso de diagnóstico y la construcción de la línea base, fortaleciendo la comprensión de las necesidades y orientando la formulación de una estrategia diferencial en salud que fortaleciera las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, ajustada a las particularidades de cada pueblo.

Es importante señalar que la participación en los Círculos de la Palabra se articuló directamente con el mapa de actores previamente presentado. No obstante, cada equipo contó con un momento específico para definir los nombres de las personas que estuvieron involucradas y participaron activamente en los diferentes espacios de encuentro orientados a la construcción de la estrategia diferencial en salud, que fortaleciera las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

En un inicio, el equipo coordinador tenía previsto realizar el primer Círculo de la Palabra en la semana 2 y el segundo en la semana 3. No obstante, la reestructuración de las categorías generó la necesidad de reconstruir las fichas metodológicas, especialmente en lo relacionado con las preguntas orientadoras de estos espacios, lo que implicó un ajuste en los tiempos inicialmente proyectados. Esta situación evidenció dificultades en la planificación anticipada de los instrumentos metodológicos y en la sincronización entre los avances técnicos y la implementación en territorio.

En el marco de los diálogos sostenidos entre el equipo técnico de la Secretaría de Salud y el equipo coordinador, se logró la aprobación de los instrumentos correspondientes a la nueva acción el 25 de marzo. Este proceso se abordó mediante la revisión conjunta, retroalimentación técnica y ajustes progresivos, lo que permitió contar con herramientas metodológicas más sólidas y pertinentes. En consecuencia, los equipos pausaron el desarrollo de la actividad durante la semana 2 y la reprogramaron para la semana 3. Sin embargo, esta reprogramación conllevó el riesgo previamente identificado de coincidir con días de la Semana Santa, lo que condicionó la participación de la comunidad y pudo derivar en la necesidad de extender la actividad hasta la semana 4. Esta situación fue gestionada mediante su reporte oportuno como alerta al equipo técnico de la Secretaría de Salud, permitiendo anticipar posibles afectaciones en el cronograma. No obstante, se reconoció que este escenario pudo generar retrasos en la consolidación del

documento previsto para el mes 6, en la medida en que la actividad de los Círculos de la Palabra aún no se había desarrollado.

También se evidenció la dificultad derivada de no haber contado con el tiempo previsto para la apropiación y el pilotaje de las nuevas preguntas y categorías establecidas, lo cual limitó la validación previa de los instrumentos en territorio y generó posibles brechas en su aplicación homogénea. Esta situación contrastó con los ejercicios realizados en los meses 4 y 5, en los que se dispuso de un mayor margen para socializar y fortalecer la apropiación de las categorías definidas desde el mes 1. No obstante, este riesgo se abordó mediante orientaciones técnicas continuas, especialmente dirigidas a los profesionales de salud, enfocadas en la correcta aplicación de los instrumentos y la conducción de los Círculos de la Palabra. En este sentido, se proyectó que dichas acciones contribuirían a mitigar las dificultades identificadas y a fortalecer la calidad del desarrollo de la actividad.

Los 12 equipos de salud lograron desarrollar los Círculos de la Palabra con los dos actores contemplados, lo que permitió recoger la mayor cantidad de información requerida para dar cierre a la acción 9. En este sentido, durante el proceso de transcripción de la información se llevó a cabo lo previsto en las fichas metodológicas con relación a cada uno de los roles. El técnico se desempeñó como eje para la captura de la información mediante grabaciones, que posteriormente dieron lugar a un proceso de transcripción y depuración que derivó en una relatoría. Por su parte, los gestores cumplieron un rol clave en algunos de los pueblos indígenas, particularmente en la interpretación de la lengua propia; más que una traducción literal, este ejercicio implicó un proceso de interpretación, dado que varios de los espacios se desarrollaron en lengua propia.

Finalmente, una vez obtenida la relatoría, el profesional de salud, quien tuvo un rol activo como moderador, realizó la extracción de las citas de las fuentes primarias más relevantes, incorporándolas en la matriz de información y relacionándolas directamente con las cuatro nuevas categorías, para posteriormente desarrollar un análisis detallado de cada cita.

Dentro del proceso de análisis de la información primaria captada, uno de los principales retos fue la construcción de las líneas de acción. Se evidenció en la mayoría de las matrices de información primaria y secundaria que estos eran interpretados como un nuevo análisis de la misma cita, lo que generó dificultades en la diferenciación conceptual y en la comprensión de su

alcance metodológico. A pesar de los múltiples comentarios y orientaciones brindadas por el equipo coordinador, solo algunos equipos lograron comprender que la línea de acción corresponde a un nivel de análisis integrador de la categoría, a partir del cual emergen temáticas que sirven como base para el documento de análisis y su proyección en los meses 11 y 12 como posibles líneas de acción.

En respuesta a esta situación, el equipo coordinador realizó un ejercicio de revisión detallada de cada una de las matrices, definiendo unas líneas de acción iniciales que permitieran orientar y unificar criterios. Estos fueron socializados con los equipos de salud y, en su mayoría, aceptados, lo que representó un avance en la estandarización del análisis. No obstante, el proceso continúa en revisión por parte de los equipos, con el fin de fortalecer la comprensión metodológica y garantizar una apropiación adecuada de la dinámica y el alcance de las líneas de acción.

Actividad 4 Documento de análisis consolidado.

Se constituyó como un instrumento técnico orientado a recopilar, organizar y analizar información proveniente de fuentes primarias y secundarias, con el fin de comprender de manera integral las condiciones de salud de las comunidades, pueblos o territorios. Este documento permitió identificar problemáticas, factores determinantes y dinámicas socioculturales, territoriales y epidemiológicas, así como avances y desafíos en materia de salud.

Para su elaboración, se tuvo en cuenta la información proveniente de fuentes secundarias, organizada en matrices, así como la información obtenida de fuentes primarias recolectadas en los Círculos de la Palabra y encuestas aplicadas. Este conjunto de insumos permitió desarrollar un análisis individual por cada equipo, orientado a la consolidación de un documento general sobre la identificación de necesidades en salud propia. No obstante, durante este proceso se evidenciaron dificultades en la identificación y priorización de dichas necesidades, especialmente al integrar de manera articulada las dimensiones culturales, territoriales y epidemiológicas.

Se constituyó como un insumo fundamental para la toma de decisiones, la formulación de la estrategia, la priorización de acciones y el fortalecimiento de procesos comunitarios orientados a garantizar el bienestar colectivo desde un enfoque diferencial y culturalmente pertinente.

El análisis de la información se realizó mediante:

- **Organización y depuración de la información**, a partir de relatorías y matrices
- **Triangulación de información**, contrastando fuentes primarias (comunidad, autoridades, sabedores), fuentes secundarias (documentos técnicos) y análisis del equipo de salud indígena.
- **Síntesis analítica**, orientada a la formulación de líneas de acción y actividades de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

La depuración y organización de la información requirió mayores tiempos y acompañamiento técnico para garantizar consistencia entre las distintas fuentes. Asimismo, la triangulación de información implicó retos en la articulación de perspectivas comunitarias, técnicas e institucional, mientras que la síntesis analítica conllevó el riesgo de pérdida de información relevante al reducir grandes volúmenes de datos en categorías y líneas de acción.

El equipo coordinador estableció la realización de mesas de trabajo para la construcción de los insumos requeridos, lo que permitió que, al finalizar el mes 6, se contara con un total de 12 documentos. Estos debían ser armonizados en un único documento por parte de la coordinación, lo que representó un desafío adicional en términos de articulación entre equipos, generando posibles retrasos en la entrega, revisión y consolidación de los productos.

A pesar de estas dificultades, el documento se proyectó como un insumo fundamental para la toma de decisiones, la formulación de la estrategia, la priorización de acciones y el fortalecimiento de procesos comunitarios, incorporando como valor agregado la definición de indicadores trazadores basados en los resultados de los dos años de ejecución del MAI, cuya estructuración requirió la delimitación y organización de datos específicos por parte del equipo coordinador.

Enfoque metodológico para el uso de indicadores trazadores en las bases de Medicina Ancestral Indígena (MAI)

El enfoque metodológico para el uso de indicadores trazadores en las bases de Medicina Ancestral Indígena (MAI) resultó fundamental para garantizar una lectura integral y estratégica

de la información en salud. La selección y organización de estos indicadores permitió no solo comprender de manera amplia la situación de salud de la población atendida, sino también evaluar el avance y la efectividad de las intervenciones implementadas en el marco de la MAI. Asimismo, constituyó una herramienta clave para orientar la toma de decisiones, facilitando el fortalecimiento, ajuste y transformación de las acciones desarrolladas, en coherencia con las particularidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas.

Con el fin de organizar la información, los indicadores se agruparon en tres dimensiones analíticas complementarias:

- Caracterización de la población atendida
- Evaluación de las intervenciones desarrolladas
- Orientación para la planificación y fortalecimiento de las acciones en salud

De acuerdo con la estructura de los indicadores trazadores, se identificó la dimensión a la que pertenecen, el nombre del indicador, la presencia de un indicador específico, su justificación analítica, la acción a la que se asocian (familiar, propia o comunitaria), su fórmula de cálculo y la interpretación de los resultados. Esta organización metodológica permitió analizar los datos de manera sistemática, articulando el conocimiento del contexto poblacional con la valoración de los resultados obtenidos y la definición de acciones orientadas al mejoramiento continuo de la estrategia.

- **Dimensión caracterización de la población atendida**

La primera dimensión correspondió a la caracterización de la población atendida por el contrato de MAI, constituyéndose como un insumo para comprender las condiciones demográficas, sociales, territoriales y culturales vinculadas al proceso.

En esta sección se incluyeron indicadores trazadores que permitieron describir la distribución de la población según sexo, cursos de vida, composición familiar y condiciones sociales, entre otros factores que inciden en el proceso salud–enfermedad. Dependiendo del tipo de acción (familiar, propia o comunitaria). Y se contrastaron con el contrato interadministrativo No. 8295451 de 2025, cuyo objeto consistió en la caracterización y el diagnóstico de la situación de salud con enfoque diferencial indígena para los pueblos indígenas en Bogotá, concertado con el espacio autónomo indígena conforme a la normatividad vigente.

- **Dimensión evaluación de las intervenciones de la Medicina Ancestral Indígena**

La segunda dimensión metodológica se orientó a la evaluación de las intervenciones desarrolladas en el marco de la estrategia de Medicina Ancestral Indígena. En este componente se analizaron indicadores relacionados con el seguimiento a familias, la evolución de los riesgos en salud y los resultados derivados de las acciones implementadas por los equipos de salud indígena. Estos indicadores permiten valorar el alcance de las intervenciones en términos de acompañamiento, seguimiento y gestión del riesgo. Desde el punto de vista metodológico, esta dimensión facilitó establecer relaciones entre las acciones desarrolladas y los resultados observados, aportando evidencia sobre el desempeño de MAI.

- **Dimensión orientación para la planificación y fortalecimiento de las acciones en salud**

La tercera dimensión metodológica se orientó al uso estratégico de la información generada por los indicadores como insumo para la planificación y el fortalecimiento de las acciones en salud. El análisis integrado de los indicadores permitió identificar el enfoque de atención, territorios o grupos poblacionales con mayores intereses de acción.

Criterios para la inclusión y exclusión de indicadores trazadores en el contrato de MAI

La definición de indicadores trazadores respondió a la necesidad de contar con herramientas que permitieran visibilizar, analizar y valorar los aportes, desafíos y realidades emergentes en la implementación de las acciones familiares, propias y comunitarias.

En este sentido, los indicadores facilitaron la identificación de resultados y limitaciones, y la generación de evidencia para orientar el fortalecimiento de las acciones en salud desde la Medicina Ancestral Indígena.

1. Criterios para la inclusión de indicadores trazadores

Los indicadores fueron incluidos cuando cumplieron con uno o varios de los siguientes criterios:

- **Relevancia para el análisis de la salud indígena en contexto urbano**

Se priorizaron indicadores que permitieron comprender las condiciones de salud, los determinantes sociales y los procesos de cuidado propios de la población indígena en relación con su territorio, cultura y dinámicas comunitarias.

- **Capacidad de reflejar cambios en la situación de salud o en las intervenciones**

Se seleccionaron indicadores que evidencian variaciones en el tiempo en relación con el seguimiento familiar, la evolución de riesgos y los resultados de las acciones implementadas.

- **Relación directa con las acciones del contrato MAI**

Los indicadores se vinculan con las acciones familiares, propias y comunitarias, permitiendo relacionar las actividades desarrolladas con los resultados observados.

- **Disponibilidad y calidad de la información**

Se priorizaron indicadores calculables a partir de la información registrada en las bases de datos, garantizando consistencia, trazabilidad y posibilidad de actualización.

- **Capacidad de orientar la toma de decisiones**

Se incluyeron indicadores que permitieron identificar tendencias, riesgos y necesidades prioritarias, aportando a la planificación y fortalecimiento de la estrategia.

- **Pertinencia cultural y comunitaria**

Se consideraron indicadores que reconocieron prácticas propias, procesos comunitarios y elementos culturales asociados a la medicina ancestral indígena.

2. Criterios para la exclusión de indicadores

Durante el proceso de selección, se excluyeron aquellos indicadores que no aportan de manera significativa al análisis, bajo los siguientes criterios:

- **Baja disponibilidad o inconsistencia en los registros**

Se descartaron indicadores con información incompleta o no sistematizada.

- **Duplicidad de información**

Se excluyeron indicadores redundantes para evitar sobrecarga y simplificar el sistema de análisis.

- **Limitada capacidad analítica o interpretativa**

Se eliminaron aquellos que no permitían generar lecturas relevantes sobre la situación de salud o el desempeño de las intervenciones.

- **Escasa relación con las acciones del contrato MAI**

No se incluyeron indicadores sin vínculo directo con las acciones familiares, propias o comunitarias.

- **Dificultad metodológica para su cálculo o seguimiento**

Se excluyeron indicadores cuya medición requería fuentes externas no disponibles o procesos no viables con la información existente.

Se concluyó que la construcción de este documento permitió, en un primer momento, dar cierre al proceso de identificación de necesidades en salud que se venía desarrollando con 12 pueblos indígenas, sumando además lo ya realizado por los dos pueblos muiscas. De esta manera, se generó un documento que permitió reconocer todas las voces desde un enfoque cualitativo, así como integrar los resultados obtenidos a lo largo de la ejecución de los contratos previos de MAI desde una perspectiva cuantitativa, consolidando una base sólida para la construcción de una estrategia diferencial en salud.

En este sentido, el documento contó con unas características iniciales, entre las que se destacaron: una lectura general de los indicadores trazadores que evidenciaron impactos, orientaciones para el desarrollo de las actividades previstas en la construcción de la estrategia y la incorporación de las voces de los diferentes actores estratégicos. Esto se reflejó en la apuesta por la mejora continua de los procesos que ya desarrollan los equipos de salud, así como en la visibilización de realidades que habían permanecido ocultas y que encontraron en este proceso una oportunidad para ser reconocidas.

Responsables

A continuación, se definen los responsables y sus funciones dentro de esta acción teniendo en cuenta que es fundamental garantizar que lo propuesto se ejecuten de manera ordenada, oportuna y coherente.

Tabla 4. Roles y funciones para la implementación metodológica — Acción 9

Perfil	Funciones consolidadas
Profesional de salud en enfermería / médico	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar círculos de la palabra desde un enfoque intercultural en salud. • Facilitar actividades y diálogos con enfoque intercultural. • Escuchar y analizar las percepciones del equipo y la comunidad. • Garantizar un espacio respetuoso, ético y con consentimiento informado. • Proponer mecanismos de complementariedad entre medicina ancestral y occidental. • Analizar hallazgos desde una mirada técnica y culturalmente pertinente. • Contribuir a la redacción de relatorías técnicas y documentos metodológicos. • Prever variables para recolección y análisis de información. • Contribuir técnicamente a la formulación de estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas. • Garantizar que las necesidades reflejen realidades culturales y territoriales. • Identificar articulación con el sistema de salud institucional. • Revisar la coherencia técnica de los documentos.
Técnico en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar reuniones y círculos de palabra brindando soporte técnico. • Recolectar y registrar información en fichas, bases de datos y formatos interculturales. • Asistir al profesional en salud durante la moderación y registro de información. • Organizar listados de asistencia y consentimientos. • Apropiar formatos para la recolección de información. • Identificar puntos críticos en la captación de datos (lengua, grabación, escritura, imágenes). • Orientar a los participantes esperados en los espacios. • Apoyar la identificación de necesidades de salud con enfoque intercultural. • Aportar criterios técnicos para la definición de necesidades. • Documentar espacios de trabajo y acuerdos logrados. • Organizar archivos digitales y respaldos. • Apoyar la redacción de actas y fichas metodológicas.
Enlace de salud comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la participación comunitaria (mayores, jóvenes, mujeres, sabedores). • Convocar y coordinar la realización de círculos de palabra. • Servir como puente entre la coordinación técnica y la comunidad. • Recoger propuestas comunitarias y transmitir las al equipo técnico. • Facilitar la comprensión del proceso en lengua y contexto cultural propio. • Apoyar en la definición de fechas y lugares para los espacios. • Apoyar la organización y logística del compartir de alimentos. • Garantizar que los aportes comunitarios sean incorporados en el documento. • Explicar avances del proceso y retroalimentar a la comunidad. • Traducir o adaptar información técnica a términos accesibles y culturalmente coherentes.
Sabedor ancestral, guía espiritual o partera	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ceremonias de armonización antes o después del trabajo técnico. • Apertura y cerrar espacios con orientación espiritual o ceremonial. • Orientar el diálogo desde la medicina ancestral y el conocimiento del territorio. • Interpretar los temas de salud en clave cultural, identificando desequilibrios desde el pensamiento propio. • Guiar los espacios desde la espiritualidad y la cultura. • Proponer criterios de equilibrio, armonía y medicina propia en las acciones del proceso. • Validar decisiones colectivas desde la visión ancestral. • Explicar principios y fundamentos de la salud indígena (armonía, espiritualidad, cuerpo-territorio). • Proponer conceptos culturales para integrar en documentos (medicina del territorio, palabra de vida, enfermedades del espíritu). • Revisar los contenidos y lenguaje de los documentos para garantizar pertinencia cultural y respeto por los saberes.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Entregables

- Actas y listados de asistencia
- Matriz con categorización y sistematización de información proveniente de las fuentes secundarias
- Relatoría que aporte a la consolidación de las necesidades en salud propia de cada pueblo indígena.
- Relatorías de los espacios con comunidad y actores claves.
- Fichas técnicas para los espacios de recolección de información primaria.
- Avance documento para el diseño de la estrategia con relación a la acción 9
Identificación de Necesidades para la Formulación de la Estrategia

Cronograma

Para la elaboración del cronograma correspondiente a esta acción, se establece que las dos primeras actividades, la recolección de información secundaria y el Círculo de la Palabra con los equipos, se llevarán a cabo durante la última semana del mes 1. Posteriormente, el Círculo de la Palabra con actores comunitarios se desarrollará entre las semanas 1 y 2 del mes 6. Finalmente, la elaboración del documento de análisis consolidado se realizará durante las semanas 3 y 4 del mismo mes.

Tabla 5. Cronograma de actividades acción 9

		Mes 1				Mes 6			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 9	Recolección de información secundaria.				Si				
	Círculo de palabra con equipos.				Si				
	Círculos de palabra con actores comunitarios.					Si	Si		
	Documento de análisis consolidado.							Si	Si

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 10. Generación de propuesta inicial

La generación de la propuesta inicial corresponde a la fase en la que, a partir del análisis de la información recolectada, tanto secundaria como primaria, se formulan las primeras orientaciones por parte de cada uno de los equipos de salud indígena, lineamientos y componentes que darán estructura a la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas con enfoque diferencial.

En esta etapa se integran los hallazgos identificados, las necesidades priorizadas por los actores comunitarios y los aportes conceptuales y metodológicos construidos durante los procesos colectivos. El propósito es consolidar un primer borrador que refleje las voces del territorio, la experiencia de los equipos de salud indígena y las directrices acordadas con las autoridades pertinentes.

Esta propuesta inicial servirá como base para la validación comunitaria y técnica, y permitirá avanzar hacia el diseño final de la estrategia, garantizando coherencia con los usos y costumbres de cada pueblo indígena, así como con los lineamientos en salud pública establecidos.

Actividad 1 Mesas de trabajo para construir la propuesta inicial.

Las mesas de trabajo constituyen un espacio participativo y de diálogo intercultural orientado a la construcción colectiva de la propuesta inicial en salud propia y diferencial. Estos encuentros reúnen a los equipos de salud indígena, con el fin de consensuar los elementos fundamentales que darán forma a la estrategia.

Durante las mesas de trabajo se analizan los hallazgos obtenidos en la recolección de información primaria y secundaria, se identifican prioridades y se formulan lineamientos preliminares que respondan a las necesidades, dinámicas culturales y particularidades territoriales de cada pueblo indígena. Este proceso garantiza que la propuesta inicial surja desde el conocimiento comunitario, la experiencia acumulada y la visión colectiva del bienestar.

La orientación del Equipo Coordinador para el desarrollo de estas Mesas de Trabajo por parte de los Equipos de Salud Indígena establece que estas deben llevarse a cabo durante las dos

primeras semanas del mes. En ellas se definirán las líneas de acción, las actividades correspondientes a cada línea, las tareas específicas y los productos a desarrollar.

Es importante precisar que, para esta fase, se ha establecido un mínimo de ocho mesas de trabajo por pueblo, con el fin de garantizar el avance adecuado en la construcción de la propuesta inicial. Asimismo, al menos una de estas mesas de trabajo deberá contar con la participación del Equipo Coordinador, con el fin de realizar una presentación inicial de los avances y orientaciones que se están construyendo.

El objetivo es que las mesas de trabajo se organicen de manera secuencial para garantizar un proceso estructurado.

- Mesas de trabajo por categoría analítica: se retoman las categorías y líneas de acción resultantes de la Acción 9 y, con los equipos de salud indígena, se identifican las actividades necesarias para operacionalizar cada línea.
- Definición conjunta de propósito y tareas: por cada actividad se formula su propósito (qué cambio o resultado busca) y las tareas necesarias para ejecutarla, aplicando la anatomía verbo + objeto + condición cultural.
- Definición de periodicidad, metas e indicadores: se establece la frecuencia y el tiempo requerido por perfil (con base en el Cronograma Anual por Perfil), la meta esperada en el periodo y el indicador de verificación.
- Consolidación de la propuesta inicial: el equipo coordinador consolida el instrumento resultante, insumo de la Acción 11 (socialización y consolidación).

Tabla 6. Campos del instrumento de formulación de actividades

Campo	Definición
Actividad	Acción concreta que operacionaliza la línea de acción.
Propósito	Resultado o cambio que se busca alcanzar con la actividad (adaptado de la definición conceptual construida en la Acción 9).
Modalidad de intervención	Forma operativa según aplique (individual, familiar o comunitario)
Tarea	Pasos operativos necesarios para desarrollar la actividad (verbo + objeto + condición cultural).
Frecuencia / Tiempo (Periodicidad)	Cada cuánto se realiza la actividad y la dedicación horaria requerida por perfil, conforme al Cronograma Anual por Perfil.
Meta	Resultado cuantificable esperado en el periodo de referencia (anual, salvo que se indique otra cosa).

Campo	Definición
Indicador	Expresión medible que da cuenta del avance o logro de la meta, formulada con su unidad de medida y su fuente de verificación.
Entregables	Evidencia verificable de la ejecución de la actividad (nivel operativo, distinta del producto de política pública).
Perfil y funciones	Perfiles del equipo de salud indígena responsables, señalando su rol específico que cumple cada perfil dentro de la actividad.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Además de definir qué contiene cada columna, es necesario explicitar la regla con la que se construyó cada una, de modo que el instrumento sea reproducible por cualquier equipo y no dependa de criterios implícitos.

a) Cómo emergen las actividades a partir de la línea de acción

Cada línea de acción se descompone en una o varias actividades según el número de momentos o mecanismos distintos que requiere su implementación (por ejemplo, un espacio de concertación inicial es un momento distinto del seguimiento institucional posterior, y por eso se separan en actividades diferentes). El criterio de separación es la no duplicidad: cuando dos posibles actividades compartirían las mismas tareas, se mantienen unidas; cuando exigen actores, momentos o productos distintos, se separan. Este criterio queda registrado explícitamente en las tareas de cada actividad, que indican de qué otra actividad se diferencia (p. ej. "diferenciando este acompañamiento de acceso de la construcción de acuerdos generales de la Actividad 1").

b) Cómo se construyen las tareas

Cada tarea se redacta bajo la anatomía verbo operativo + objeto concreto + condición cultural o metodológica (p. ej. "Concertar [verbo] con el cabildo las fechas del pago de apertura [objeto] según el calendario ancestral vigente [condición]"). El verbo se selecciona de un banco de verbos clasificado según el tipo de tarea: de concertación (concertar, validar, consultar, convocar, socializar, acordar), de implementación (realizar, desarrollar, ejecutar, promover, acompañar, facilitar) o de gestión del saber (sistematizar, documentar, registrar, recuperar, identificar, preservar). Toda tarea debe cumplir seis criterios de calidad: ser concreta y observable (se puede verificar si se hizo o no), redactarse en voz activa y tiempo presente, tener pertinencia cultural (coherente con la cosmovisión del pueblo), no solaparse con tareas de otra

actividad, ser adaptable por pueblo (la forma de ejecución varía según usos y costumbres, aunque la tarea se mantenga) y estar vinculada directamente al propósito de su actividad.

c) Cómo se asocian los perfiles y Cómo se estructuran las funciones

La asociación de perfiles a cada actividad no es arbitraria: se deriva del rol estructural que cada perfil cumple en la estrategia, las funciones de cada perfil se documentan en dos niveles funciones transversales, que aplican en la mayoría de actividades donde el perfil participa y funciones específicas por actividad, que describen el rol concreto del perfil en cada una de las actividades de la estrategia.

d) Cómo se distribuye la jornada mensual por perfil

Marco normativo y horario de referencia

La jornada mensual de referencia para cada perfil del equipo de salud indígena se fija en 168 horas, resultado de aplicar la reducción progresiva de la jornada laboral establecida en la Ley 2101 de 2021, que para la vigencia 2026 sitúa la semana laboral máxima en 42 horas ($42 \text{ h} \times 4 \text{ semanas} = 168 \text{ h/mes}$). Esta cifra se adopta como techo horario único de referencia para todos los perfiles con vinculación permanente, con independencia de si pertenecen al equipo base, a los equipos secundarios o al equipo de saber propio (Médico Ancestral y Partera).

Categorías de tiempo dentro de la jornada

Siguiendo la lógica de la metodología WISN (Workload Indicators of Staffing Need), ampliamente utilizada para la planeación de talento humano en salud, el tiempo laboral de cada perfil se distribuye en dos bloques:

- Horas programables (136 h/mes; 168 h/mes en Muisca de Bosa y Muysca de Suba, según la salvedad indicada más abajo): tiempo asignado a las actividades sustantivas definidas en las líneas de acción —atenciones, visitas, jornadas comunitarias, ceremonias, procesos de cuidado, gestión territorial, entre otras—, según la matriz de perfil-actividad-hora consolidada en el cronograma anual.
- Horas fijas (32 h/mes): tiempo reservado, de manera uniforme para los perfiles de los cabildos donde rige esta partición, a funciones de soporte que no constituyen prestación directa del servicio.

Esta separación reproduce la distinción que la literatura de planeación de talento humano en salud identifica entre actividad de servicio y actividad de soporte: la primera es el tiempo

dedicado a la función misional del perfil; la segunda, el tiempo de gestión, documentación y coordinación que sostiene esa función sin ser, en sí misma, la prestación del servicio.

Salvedad aplicable a Muisca de Bosa y Muysca de Suba

Esta partición en dos bloques no aplica en los cabildos Muisca de Bosa y Muysca de Suba. Por definición del equipo coordinador, en esos dos cabildos la jornada mensual se programa como 168 horas netas de actividad, sin descontar el bloque fijo de 32 horas administrativas, y la salvedad cubre a todos los perfiles que operan allí, no únicamente al Médico Ancestral y a la Partera. En consecuencia, la actividad de Preparación y Uso de Insumos de la Medicina Ancestral —cuatro jornadas mensuales de ocho horas, equivalentes a 32 h/mes— queda comprendida dentro de esas 168 horas netas, sin que exista doble conteo. La partición 136 + 32 descrita en este apartado rige para los demás cabildos de la estrategia.

Patrón de asignación de horas según el tipo de actividad

Dentro de las 136 horas programables —o de las 168 horas netas, en Muisca de Bosa y Muysca de Suba—, la cantidad de horas asignada a cada actividad no se define caso a caso: responde a un patrón consistente según el tipo de modalidad de intervención (individual, familiar o comunitaria), más un bloque diferenciado para reuniones y espacios de coordinación. Este patrón se repite a lo largo de las distintas líneas de acción (cuidado en salud, territorio, saberes propios), lo que confirma que no es una coincidencia sino un criterio metodológico transversal:

Tabla 7. Patrón de asignación de horas según el tipo de actividad

Tipo de actividad	Horas por jornada	Periodicidad típica	Ejemplos en el cronograma
Individual	8 h	Mensual	Procesos de cuidado individual e integral
Familiar	4 h (primer contacto) / 2 h (contactos posteriores o seguimiento mensual)	Mensual	Procesos de cuidado familiar en el hogar; chagras y huertas familiares; prácticas familiares para el cuidado del territorio
Comunitaria	8 h	Bimestral	Procesos de cuidado comunitario e intercultural; chagras y huertas comunitarias; prácticas comunitarias para el cuidado del territorio; procesos intergeneracionales de transmisión de saberes
Reuniones / coordinación interna	4 h	Quincenal (armonización) o	Encuentros de armonización para la

mensual (balance, articulación con gobierno propio); bimestral en capacitaciones

planeación; encuentro mensual de socialización y balance; articulación con estructuras de gobierno propio; capacitación de los equipos

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

La lógica de fondo es la siguiente:

- Individual (8 h, mensual): corresponde a una jornada completa de atención directa a una persona, con el tiempo necesario para valoración, atención propia e intercultural, orientación y sistematización en un mismo encuentro.
- Familiar (4 h en el primer contacto, 2 h en contactos posteriores): el primer contacto requiere más tiempo porque incluye caracterización y concertación del plan de acompañamiento; los contactos de seguimiento son más breves porque ya existe una relación y un plan establecidos.
- Comunitaria (8 h, bimestral): al convocar a un colectivo o a varias familias, la jornada requiere el mismo tiempo que una atención individual, pero su periodicidad es más espaciada porque su alcance es mayor y su preparación (convocatoria, logística, concertación con autoridades) es más compleja.
- Reuniones y espacios de coordinación interna (4 h, quincenal o mensual): son espacios de planeación, armonización y balance del equipo —no de atención directa a la comunidad—, por lo que su duración es menor y su función es sostener operativamente las tres modalidades anteriores.

Este patrón permite verificar la coherencia de cualquier actividad nueva que se incorpore a la estrategia: si su modalidad es individual, familiar o comunitaria, su asignación de horas debe ajustarse al bloque correspondiente, salvo justificación técnica explícita en contrario.

Aplicación diferencial del bloque fijo de 32 horas (cabildos donde rige la partición 136 + 32)

El contenido del bloque fijo varía según la naturaleza funcional de cada perfil, no según su jerarquía o valor económico:

- Perfiles técnicos, profesionales y de apoyo institucional (Profesional en Salud, Técnico en Salud, Gestor Comunitario, Profesional Social, Nutricionista, Ingeniero Agrónomo,

Técnico Ambiental, Etnoeducador, Geógrafo, Abogado, Ingeniero de Sistemas/Tecnólogo, Coordinador y Profesionales de apoyo): las 32 horas se destinan a elaboración de informes, sistematización de actas, articulación interinstitucional y reportes al sistema de información.

- Médico Ancestral y Partera: las 32 horas equivalentes se destinan a la preparación, custodia y uso de la medicina propia (Actividad de Preparación y Uso de Insumos de la Medicina Ancestral). Este bloque no es una excepción arbitraria, sino la aplicación consistente del mismo criterio funcional: para este perfil, la preparación de medicina es su función de soporte estructural —equivalente a lo que en un perfil occidental sería la documentación clínica o la gestión de insumos—, dado que sin ella no es posible sostener las atenciones, ceremonias o entregas de medicina que dependen de su existencia previa.

En los cabildos donde rige la partición 136 + 32, reclasificar la preparación de medicina como tiempo misional duplicaría su conteo dentro de las 136 horas programables; reclasificarla como tiempo administrativo convencional desconocería su naturaleza de saber propio. Por ello se mantiene allí como bloque fijo diferenciado, documentado de manera explícita en el cronograma anual de horas. Esta advertencia no rige en Muisca de Bosa y Muysca de Suba: al programarse la jornada sobre 168 horas netas de actividad, la actividad de Preparación y Uso de Insumos de la Medicina Ancestral (4 jornadas mensuales de 8 h = 32 h/mes) se cuenta una sola vez dentro de esas 168 horas, de modo que no hay bloque fijo que descontar ni riesgo de doble conteo.

Respaldo conceptual: la preparación de medicina como tiempo de trabajo reconocido

La decisión de proteger un bloque horario fijo para la preparación de medicina ancestral, y de no subsumirlo en la categoría genérica de tiempo administrativo, encuentra respaldo en la literatura internacional sobre integración de la medicina tradicional a los sistemas de salud. La Estrategia Mundial de Medicina Tradicional 2025-2034 de la OMS plantea explícitamente que la integración de estos saberes requiere decisiones concretas de fuerza laboral, regulación y capacidad instalada, y no solo declaraciones de principio (Wong et al., 2025; Lin et al., 2025). En la misma línea, se reconoce que los sistemas de salud que incorporan medicina tradicional deben abordar de forma explícita los derechos de los pueblos indígenas y sus propios sistemas de cuidado como parte estructural del diseño, y no como un añadido posterior (Redvers, Menzel et al., 2025).

La evidencia de campo en distintos contextos —Ghana (Krah, De Kruijf & Ragno, 2017), Uganda (Musoke et al., 2026), Ecuador (Bautista-Valarezo et al., 2021), Perú (Del Mastro, 2022), India (R et al., 2025; Selvaraj et al., 2026) y el África subsahariana en general (Ahlberg,

2017; Terefe, 2026)— documenta de forma recurrente que cuando el tiempo de práctica de los sabedores y médicos tradicionales no se reconoce formalmente como tiempo de trabajo dentro del equipo, su función tiende a diluirse o a subordinarse a las lógicas administrativas del sistema biomédico. Proteger un bloque horario propio, equivalente en magnitud al de otros perfiles pero distinto en su contenido, es coherente con lo que esta literatura identifica como una condición necesaria —aunque no suficiente— para una integración real y no meramente formal.

En cuanto a la naturaleza misma de la preparación de medicina como labor que exige tiempo dedicado, la literatura etnofarmacéutica describe este proceso como una secuencia estructurada de identificación, recolección, preparación y conservación de plantas e insumos medicinales, que no puede comprimirse en espacios residuales de tiempo (Tresca, Marcus & Politi, 2020; Wang et al., 2025). Esta misma lógica se documenta para el contexto de los pueblos indígenas de Norteamérica, donde los marcos de sanación tradicional —como la rueda medicinal— organizan explícitamente tiempos diferenciados para la preparación y transmisión del saber (Dababneh et al., 2025). En el contexto colombiano específicamente, se ha documentado que las prácticas de medicina tradicional en comunidades indígenas del Cauca requieren procesos de preparación sostenidos en el tiempo y articulados con los ciclos propios de cada comunidad (Bambague et al., 2024), lo que refuerza la pertinencia de tratar la preparación de medicina Muisca como una función de tiempo pleno y no como una tarea marginal.

Distribución consolidada por perfil

La tabla siguiente resume la distribución mensual de referencia (136 h programables + 32 h fijas = 168 h) verificada para los dieciséis perfiles de la estrategia, con base en el cronograma anual de horas por perfil. En Muisca de Bosa y Muysca de Suba esta distribución se sustituye por 168 horas netas programables, sin bloque fijo administrativo, conforme a la nota al pie de la tabla:

Tabla 8. Distribución mensual de la jornada por perfil

Perfil	Horas programables /mes	Horas fijas /mes	Total /mes	Naturaleza del bloque fijo (32 h)
Profesional en Salud	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Técnico en Salud	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Gestor Comunitario	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Médico Ancestral y Partera	136	32	168	Preparación, custodia y uso de medicina ancestral (Actividad de Insumos de Medicina Ancestral)
Profesional Social	136	32	168	Administrativo (informes, registro,

(Psicólogo/a)				coordinación interna)
Profesional Social (Trabajador/a Social)	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Nutricionista	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Ingeniero	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Agrónomo				Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Técnico Ambiental	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Etnoeducador	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Geógrafo	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Abogado	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Ingeniero de Sistemas / Tecnólogo en desarrollo de software	136	32	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna). Ajustado: en los meses 1 y 2 las horas de la actividad de arranque (levantamiento de requerimientos y co-diseño) se incrementaron a 128 h y 124 h para completar las 136 h programables, sumadas a las reuniones y espacios de armonización de esos meses.
Coordinador	168 (netas)	—	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Profesional de apoyo (verificación)	168 (netas)	—	168	Administrativo (informes, registro, coordinación interna)
Profesional de apoyo — Pueblo Muisca	168 (netas)	—	168	Sin bloque fijo administrativo: salvedad Muisca de Bosa y Muysca de Suba (véase nota)

Nota: la distribución 136 + 32 de esta tabla aplica a los cabildos donde rige la partición entre horas programables y bloque fijo. En Muisca de Bosa y Muysca de Suba, por definición, todos los perfiles que operan en esos dos cabildos programan 168 horas netas de actividad, sin descuento del bloque fijo de 32 horas administrativas; en ellos la actividad de Preparación y Uso de Insumos de la Medicina Ancestral (4 jornadas mensuales de 8 h = 32 h/mes) queda comprendida dentro de esas 168 horas netas, sin doble conteo.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Vinculación progresiva

La mayoría de los perfiles inicia su vinculación plena (136 h + 32 h; 168 h netas en Muisca de Bosa y Muysca de Suba) a partir del mes 2 del contrato, mientras se surten los procesos de concertación, alistamiento y armonización inicial (mes 1 con 0 horas programadas). Los perfiles de Coordinación, Geógrafo, Profesional en Salud, Técnico en Salud, Gestor

Comunitario y los Profesionales de apoyo inician su dedicación plena desde el mes 1, dado su rol estructurante en el arranque de la estrategia.

Trazabilidad

Las 136 horas programables de cada perfil —o las 168 horas netas, en Muisca de Bosa y Muysca de Suba— son trazables, mes a mes, hasta las actividades definidas en el instrumento de líneas de acción de la estrategia y en el documento de avance. Cuando la suma de las actividades con periodicidad fija de un mes no completa el total programable del perfil, el remanente se asigna a la actividad de mayor capacidad de absorción del perfil (por ejemplo, procesos de cuidado familiar en el hogar para el equipo de salud, o asesoría jurídica y gestión de casos para el Abogado), quedando registrado como “horas de ajuste” en el cronograma, nunca como horas administrativas adicionales.

e) Cómo se construyen los indicadores

El campo Indicador del instrumento (Tabla 6) se diligencia siguiendo las reglas que se describen a continuación. Esta entrega comprende únicamente indicadores de gestión, correspondientes al eslabón de actividades: se incorporaron 37 indicadores en las categorías 1 a 5, y las actividades del capítulo 7 (pueblo Muisca de Bogotá) no llevan indicador en esta fase. Los indicadores mismos —nombre y fórmula de verificación— quedan consignados en el documento de avance de la estrategia, en cada actividad, después de la Meta.

Derivación de la meta. Cada indicador se deriva directamente de la Meta ya redactada para la actividad, manteniendo el patrón de fórmula de verificación validado en la estrategia: número de eventos o productos realizados y sistematizados sobre número programado, expresado en porcentaje.

Nombre del indicador. Se redacta siguiendo la estructura recomendada por el Departamento Nacional de Planeación —objeto + verbo conjugado + elementos descriptivos—, de modo que el nombre quede diferenciado de la fórmula: el nombre expresa qué se mide y la fórmula, cómo se calcula.

Tipología. La tipología se declara conforme a la cadena de valor del Departamento Nacional de Planeación (Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas, Guía para la construcción y análisis de indicadores), que ordena la medición en cuatro eslabones —insumos, actividades, productos y resultados— y clasifica los indicadores en tres tipos: de gestión, de producto y de resultado.

Nivel aplicado. El indicador de gestión (actividades) mide las acciones necesarias para transformar los insumos en productos: espacios de concertación realizados, encuentros efectuados, jornadas ejecutadas. Cuando la meta describe un entregable y no una acción, el indicador se formula sobre la acción que produce ese entregable.

Actividades a demanda. En las actividades sin volumen fijo (casos emergentes, remisiones psicosociales y nutricionales, casos jurídicos), el indicador mide oportunidad de respuesta: casos atendidos dentro del tiempo definido sobre el total de casos remitidos.

Delimitación del nivel de medición. La distinción entre indicador de gestión e indicador de resultado sigue los criterios identificados en la literatura sobre indicadores de salud indígena (Donatuto, Campbell & Gregory, 2016; Stelkia et al., 2023). En esta fase se adopta únicamente el nivel de gestión.

Capa intercultural. El marco del Departamento Nacional de Planeación está formulado para el seguimiento de la gestión pública y no contempla la dimensión intercultural. La medición de la apropiación cultural se conserva como capa propia de la estrategia, sin equivalente en la tipología oficial, y queda pendiente de concertación con las autoridades ancestrales y las estructuras de gobierno propio.

Observaciones pendientes de validación por el equipo coordinador

Los siguientes tres puntos quedan expresamente abiertos y deben ser validados por el equipo coordinador antes de considerar cerrada esta metodología:

- Ingeniero de Sistemas / Tecnólogo en desarrollo de software: ajuste aplicado. Los meses 1 y 2 ya completan las 136 horas programables (128 h y 124 h en la actividad de levantamiento de requerimientos y co-diseño, más las reuniones y espacios de armonización del periodo), para un total de 168 horas mensuales en los doce meses del contrato. Queda pendiente su validación.

Médico Ancestral y Partera: se sugiere validar con las autoridades ancestrales y el equipo coordinador que la equivalencia “preparación de medicina = bloque fijo de 32 horas” es la interpretación culturalmente adecuada, y no minimiza esa práctica al asimilarla conceptualmente a una función administrativa.

Actividad 2 Redacción del documento preliminar.

Se realizará a partir de los insumos generados en las mesas de trabajo, así como de la información obtenida en las fases de identificación de necesidades y recolección de información primaria y secundaria. En esta etapa se consolidará las líneas de acción, actividades, tareas y

productos definidos por los Equipos de Salud Indígena, integrando además las observaciones y acuerdos construidos durante los espacios de diálogo conjunto.

El documento preliminar deberá reflejar de manera coherente los aportes de los diferentes actores, mantener correspondencia con los usos y costumbres de cada pueblo indígena y garantizar que la propuesta inicial responda a los criterios del enfoque étnico y del modelo de salud propia diferencial. Una vez elaborado, este borrador servirá de base para el proceso posterior de revisión, retroalimentación y ajustes.

Líneas de acción preliminares

- Identificación inicial de los campos de acción de la estrategia.
- Descripción general del alcance de cada línea.

Orientación general para la implementación

- Enunciado preliminar de los tipos de actividades y tareas que se requerirán para el desarrollo de las líneas de acción.
- Consideraciones generales sobre responsables.

Seguimiento y ajuste

- Consideraciones sobre la medición de avances.

Responsables

A continuación, se definen los responsables y sus funciones dentro de esta acción teniendo en cuenta que es fundamental garantizar que lo propuesto se ejecuten de manera ordenada, oportuna y coherente.

Tabla 9. Roles y funciones para la implementación metodológica — Acción 10

Perfil	Funciones unificadas
Profesional de salud en enfermería / médico	- Liderar la redacción técnica de los apartados del documento (estrategia, atención integral, rutas interculturales, gestión del riesgo). - Revisar la consistencia entre diagnóstico, objetivos, metas y acciones. - Incorporar aportes de salud propia y comunitaria en los capítulos técnicos. - Proponer indicadores, estrategias de seguimiento y lineamientos de implementación. - Garantizar un lenguaje técnico con enfoque diferencial, respetuoso y comprensible. - Coordinar la validación técnica y conceptual con el equipo. - Apoyar la edición y revisión final del documento. - Liderar círculos de palabra desde una perspectiva intercultural. - Facilitar actividades

Perfil	Funciones unificadas
	y diálogos interculturales. - Escuchar percepciones y garantizar espacios éticos y de consentimiento informado. - Analizar hallazgos desde lo técnico y lo cultural. - Contribuir a la relatoría técnica.
Técnico en salud	- Recolectar y organizar información técnica de los círculos de palabra y otras actividades. - Apoyar la redacción de apartados sobre acciones, actividades y tareas de la estrategia. - Elaborar cuadros, fichas, gráficos y resúmenes técnicos. - Facilitar la integración entre el componente técnico y el cultural. - Apoyar la revisión de estilo y formato del documento final. - Acompañar la actualización de contenidos junto al profesional y el gestor comunitario. - Acompañar reuniones y círculos de palabra con soporte técnico. - Registrar información en fichas metodológicas, bases de datos y formatos interculturales. - Asistir al profesional en la moderación y registro de información. - Organizar listados de asistencia y consentimientos.
Enlace de salud comunitario	- Recolectar y entregar aportes comunitarios generados en los círculos de palabra. - Apoyar la redacción de apartados sobre participación, organización comunitaria, fortalecimiento cultural y comunicación intercultural. - Verificar que el documento mantenga el sentido de la palabra comunitaria. - Acompañar procesos de traducción o adaptación lingüística. - Garantizar enfoque participativo y diferencial en el documento. - Promover la participación de mayores, jóvenes, mujeres y sabedores en los espacios. - Convocar círculos de palabra y facilitar la comunicación entre coordinación técnica y comunidad. - Recoger y transmitir propuestas comunitarias al equipo técnico. - Facilitar la comprensión del proceso en lengua y contexto cultural propio.
Sabedor ancestral, guía espiritual, partera	- Acompañar los espacios de escritura y revisión con orientación espiritual (armonización, apertura, cierre). - Revisar que los conceptos y prácticas de salud propia estén bien representados en el documento. - Aportar categorías culturales y principios de medicina ancestral al texto. - Validar la coherencia del contenido con el pensamiento de los pueblos. - Emitir orientaciones culturales y espirituales que guíen la redacción y la toma de decisiones. - Custodiar la palabra colectiva como fundamento espiritual del documento. - Participar en ceremonias de armonización antes o después del trabajo técnico. - Orientar la conversación desde la medicina ancestral y el conocimiento del territorio. - Interpretar temas de salud en clave cultural, identificando desequilibrios y causas desde el pensamiento propio. - Aportar criterios de equilibrio, armonía y medicina propia en las acciones propuestas.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Entregables

- Actas y listados de asistencia
- Matriz de categorización y recolección de la información.

- Relatorías que den cuenta de los aportes en la construcción de la propuesta inicial - Avance documento para el diseño de la estrategia con relación a la acción 10 generación de propuesta inicial

Cronograma

La elaboración del documento preliminar deberá realizarse de manera paralela al desarrollo de las mesas de trabajo. Esto permitirá evaluar de forma continua el avance en la construcción de la estrategia por parte de cada uno de los pueblos indígenas, al tiempo que se registran en dicho documento los acuerdos alcanzados respecto a los elementos mínimos que conformarán la estrategia.

Tabla 10. Cronograma de actividades acción 10

		Mes 11				Mes 12			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 10	Mesas de trabajo para construir la propuesta inicial.								
	Redacción del documento preliminar.								

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 11. Socialización y consolidación de la propuesta.

La socialización y consolidación de la propuesta constituye la última fase del proceso de formulación preliminar de la estrategia. En este momento, los equipos de salud indígena presentan los avances contruidos durante las mesas de trabajo, con el fin de validar colectivamente las líneas de acción, actividades, tareas y productos definidos.

Este espacio permite contrastar los aportes de cada equipo, fortalecer los elementos comunes entre los pueblos indígenas y ajustar aquellas líneas de acción que requieran mayor precisión o desarrollo. Asimismo, favorece la retroalimentación por parte del Equipo Coordinador, autoridades indígenas o actores claves en el proceso garantizando que la propuesta mantenga coherencia con el enfoque étnico, las necesidades identificadas y los principios de salud propia diferencial.

Actividad 1 Socialización interna.

La socialización interna consiste en presentar, discutir y validar la propuesta preliminar de la estrategia con los equipos de salud indígena y el Equipo Coordinador antes de su consolidación final. Este espacio permite revisar los avances, contrastar la información construida en las mesas de trabajo y recoger observaciones, sugerencias y aportes de los diferentes actores involucrados.

Durante esta fase se busca garantizar que los elementos de la estrategia sean coherentes con las necesidades identificadas, respondan a las particularidades culturales de cada pueblo indígena y reflejen los acuerdos contruídos colectivamente. Asimismo, la socialización interna facilita aclarar dudas, fortalecer la articulación entre los equipos y ajustar los componentes que así lo requieran, asegurando que la versión final cuente con el respaldo de quienes participan en su formulación.

Esta socialización interna estará orientada a la construcción de una estrategia unificada que integre y refleje la voz de los equipos de salud indígena pertenecientes a los diferentes pueblos. El propósito es identificar puntos en común y reconocer las particularidades que los diferencian, con el fin de consolidar lineamientos que orienten las atenciones en salud propia para las comunidades indígenas asentadas en Bogotá.

Para el desarrollo de esta actividad se contará con una ficha metodológica de círculo de la palabra y con una encuesta, con el propósito de que cada uno de los perfiles pueda tejer pensamiento en torno a las preguntas definidas para la estrategia diseñada inicialmente. Asimismo, la encuesta permitirá recoger las percepciones y opiniones sobre el alcance y las proyecciones que se están estableciendo en la estrategia construida.

Actividad 2 Círculos de palabra con autoridades.

Con relación a esta actividad, y en coherencia con los Círculos de la Palabra desarrollados en el primer momento de identificación de necesidades en salud, se plantea que los círculos con autoridades deben comprenderse como espacios para la presentación y aportes de la propuesta preliminar de la estrategia, la cual ya ha sido trabajada internamente y cuenta con una base sólida.

Aunque se tiene previsto realizar este Círculo de la Palabra con las autoridades, también se incorporarán los demás actores representativos que participaron en las primeras actividades de identificación de necesidades. Por esta razón, la actividad se divide en dos momentos.

El primero está orientado a los actores internos del cabildo y a los actores institucionales, incluyendo autoridades indígenas, sabedores y médicos ancestrales, así como talento humano de la comunidad con experiencia en salud propia, referentes de política pública indígena, referentes de políticas públicas diferenciales y representantes de la Secretaría Distrital de Salud y de las entidades prestadoras de servicios con enfoque diferencial. Este primer momento tiene como propósito generar encuentros para presentar la estrategia diseñada de manera preliminar. Para ello se contempla la aplicación de una ficha metodológica³ donde se espera que los actores convocados aporten desde sus experiencias y vivencias, proporcionando elementos que enriquezcan la comprensión y el alcance de cada una de estas categorías.

El segundo Círculo de la Palabra estará orientado a los actores comunitarios (ver mapa de actores), representados por las familias atendidas por el equipo de Medicina Ancestral Indígena y por los líderes comunitarios vinculados a los procesos de salud propia. Este espacio también cuenta con su respectiva ficha metodológica⁴ que permitirá presentar el diseño preliminar de la estrategia a estos actores en específico, con el fin de que se enriquezca aún más la construcción final del documento

Con el propósito de complementar la información recogida en los dos Círculos de la Palabra, se aplicará un cuestionario individual⁵ con una escala tipo Likert, que permitirá evaluar las opiniones y percepciones de los participantes respecto al diseño preliminar de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

El número de participantes previsto para los Círculos de la Palabra oscila entre 8 y 10 personas por cada uno de los 10 equipos de salud indígena. Este tamaño de grupo permitirá un diálogo cercano y profundo con cada participante. Asimismo, facilita una gestión óptima de los

³ Ver Anexo caja de herramientas, componente 2, acción 11, Círculo de la palabra- Actores Internos e Institucionales

⁴ Ver Anexo caja de herramientas, componente 2, acción 11, Círculo de la palabra- Actores Comunitarios

⁵ Ver Anexo caja de herramientas, componente 2, acción 11, Cuestionario Actores Internos e Institucionales y Cuestionario Actores Comunitarios

recursos destinados, incluyendo los insumos ancestrales requeridos para el desarrollo de ambos espacios.

Actividad 3 Ajustes a la versión preliminar.

Los ajustes a la versión preliminar se realizarán a partir de los resultados obtenidos en los ejercicios de socialización interna y en los Círculos de la Palabra con autoridades. En esta fase, se sistematizarán, clasificarán y analizarán las observaciones, recomendaciones y aportes entregados por los diferentes actores, con el fin de definir su incorporación en el documento, garantizando que la estrategia responda de manera pertinente a las necesidades identificadas y a las visiones propias de cada pueblo indígena.

Como resultado, se elaborará una matriz de observaciones y ajustes, y se generará una versión revisada del documento preliminar, la cual será enriquecida, corregida y armonizada, fortaleciendo su coherencia, pertinencia cultural y viabilidad operativa. Esta versión consolidada servirá como base para la construcción del documento final de la estrategia.

Responsables

A continuación, se definen los responsables y sus funciones dentro de esta acción teniendo en cuenta que es fundamental garantizar que lo propuesto se ejecuten de manera ordenada, oportuna y coherente.

Tabla 11. Roles y funciones para la implementación metodológica — Acción 11

Perfil	Funciones en la Socialización de la Estrategia
Profesional de salud en enfermería – médico	- Presentar los principios, objetivos, componentes y acciones estratégicas del documento. - Explicar la articulación entre los saberes ancestrales y los enfoques técnicos de salud occidental. - Facilitar los espacios de diálogo con la comunidad y con los equipos de salud. - Acompañar la interpretación de los contenidos para garantizar comprensión técnica sin pérdida del sentido cultural. - Atender observaciones o preguntas de tipo técnico durante la socialización. - Garantizar que el lenguaje técnico mantenga un enfoque diferencial, respetuoso y claro. - Coordinar con el equipo la validación del contenido técnico y conceptual presentado. - Elaborar el informe técnico de la jornada de socialización.
Técnico en salud	- Apoyar la construcción de presentaciones, materiales didácticos y recursos de apoyo para la jornada. - Registrar asistencia, participación y aportes de los asistentes. - Apoyar al profesional en salud durante el diálogo y manejo de insumos. - Sistematizar preguntas, comentarios y compromisos surgidos durante la socialización. - Elaborar actas, relatorías y registros fotográficos o audiovisuales (si

Perfil	Funciones en la Socialización de la Estrategia
	están permitidos). - Acompañar la integración de los aportes técnicos y culturales en los documentos posteriores. - Apoyar la revisión de estilo y formato de los materiales generados.
Enlace de salud comunitario	- Convocar a autoridades, sabedores, familias y colectivos comunitarios para la socialización. - Explicar el propósito de la socialización y el valor de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas - Traducir o adaptar los mensajes técnicos a la lengua y cosmovisión local cuando sea necesario. - Promover la participación activa y recoger observaciones de la comunidad. - Acompañar la logística cultural (ceremonias, ofrendas, distribución de la palabra). - Facilitar la devolución de resultados y compromisos comunitarios. - Asegurar que las expresiones del documento mantengan el sentido de la palabra comunitaria.
Sabedor ancestral, guía espiritual o partera	- Acompañar la apertura y cierre del evento con armonización espiritual o ceremonia de palabra. - Transmitir el significado cultural y espiritual de la Estrategia como guía para el bienestar colectivo. - Orientar a los asistentes sobre la relación del documento con la medicina del territorio y la palabra de vida. - Validar simbólicamente la entrega del documento como acto de compromiso comunitario. - Acompañar la resolución de tensiones o desacuerdos mediante la palabra y la sabiduría ancestral. - Revisar que el contenido presentado respete los principios de salud propia, equilibrio y armonía.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Entregables

- Acta y listado de asistencia
- Matriz de recolección de información en donde se recojan los aportes a la construcción fortalecida de acciones en salud con apreciaciones, ajustes y modificaciones del documento de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas.
- Matriz que dé cuenta del reconocimiento de la estrategia y ajuste o precisiones que se requieran realizar
- Preliminar documento final para el diseño de la estrategia.

Cronograma

Teniendo en cuenta las actividades previstas para la Acción 11, se proyecta realizar la socialización interna en la última semana del mes 11. Asimismo, se tiene previsto desarrollar los Círculos de la Palabra con autoridades durante las semanas 1 y 2 del mes 12. Finalmente, los ajustes a la versión preliminar de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas se llevarán a cabo en las semanas 2 y 3 del mes 12.

Tabla 12. Cronograma de actividades acción 11

		Mes 11				Mes 12			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 11	Socialización interna.								
	Círculos de palabra con autoridades.								
	Ajustes a la versión preliminar.								

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 12. Validación de la estrategia diferencial en salud propia.

Corresponderá al proceso mediante el cual las comunidades indígenas, sus autoridades, los equipos de salud indígena y el equipo coordinador revisarán, analizarán y avalarán la propuesta construida colectivamente. Este momento garantiza que la estrategia refleje de manera fiel los principios, enfoques, usos y costumbres de cada pueblo indígena, así como sus necesidades, prioridades y orientaciones en materia de salud propia.

La validación se llevará a cabo a través de una sesión de revisión conjunta, en la cual se contrastará la versión preliminar del documento con los aportes obtenidos. Durante este proceso, los aportes serán sistematizados, analizados y discutidos, definiendo de manera concertada su incorporación en el documento.

Como resultado, se consolidarán los ajustes pertinentes en una versión final de la estrategia, respaldada mediante acuerdos y/o actas de validación con las autoridades tradicionales, garantizando su legitimidad desde el territorio.

Actividad 1 Acto público de validación de la estrategia.

Constituye el momento final del proceso, en el cual se presenta oficialmente la propuesta construida de manera conjunta entre el Equipo Coordinador, los equipos de salud indígena y las autoridades de los diferentes pueblos. Este espacio tiene como propósito confirmar, de manera colectiva y transparente, que la estrategia refleja fielmente las visiones, necesidades, acuerdos y orientaciones de las comunidades indígenas en Bogotá.

Durante este acto se socializan los elementos centrales de la propuesta de estrategia, se presentan los resultados del proceso de diálogo y concertación, y se reconoce la participación activa de los distintos actores involucrados. Asimismo, se ratifica el compromiso institucional y comunitario para la implementación de la estrategia, garantizando que esta responda a los principios culturales, espirituales y organizativos propios de cada pueblo.

Responsables

A continuación, se definen los responsables y sus funciones dentro de esta acción teniendo en cuenta que es fundamental garantizar que lo propuesto se ejecuten de manera ordenada, oportuna y coherente.

Tabla 13. Roles y funciones para la implementación metodológica — Acción 12

Perfil	Funciones
Profesional de salud en enfermería / médico	- Presentar los fundamentos, objetivos, metodología y resultados de la Estrategia desde el componente técnico. - Facilitar el diálogo entre equipos institucionales y autoridades indígenas durante la validación. - Acompañar la lectura del acta de validación y explicar los compromisos técnicos derivados. - Atender observaciones o aclaraciones institucionales y comunitarias. - Contribuir a la redacción final del acta del acto público. - Elaborar el informe técnico de cierre del proceso.
Técnico en salud	- Liderar el registro fotográfico, audiovisual y documental del acto (si es permitido). - Organizar listados de asistencia, control de firmas y soportes administrativos. - Apoyar la disposición técnica de los elementos requeridos para las presentaciones. - Sistematizar aportes, intervenciones y observaciones surgidas durante el evento. - Apoyar la elaboración del acta y el archivo final del proceso.
Enlace de salud comunitario	- Liderar la convocatoria comunitaria para el acto público. - Acompañar la preparación del espacio desde la cosmovisión de los pueblos (orden territorial, elementos simbólicos, palabra de apertura). - Facilitar la participación de sabedores, jóvenes, mujeres, mayores y demás actores. - Traducir o mediar la comunicación entre equipos técnicos y comunidad cuando sea necesario. - Apoyar la lectura y explicación del documento de Estrategia en términos comunitarios. - Recoger observaciones y aportes expresados durante la validación. - Apoyar la logística del

Perfil	Funciones
Sabedor ancestral, guía espiritual o partera	evento y documentar intervenciones comunitarias. - Guiar el acto de apertura con armonización espiritual o ceremonia de palabra. - Brindar orientación sobre el sentido cultural, espiritual y de equilibrio que representa la Estrategia. - Validar la coherencia entre el documento final y los principios de la medicina ancestral. - Ofrecer palabras de reconocimiento, cierre y bendición del proceso. - Acompañar la entrega simbólica del documento y su recibimiento por parte de las autoridades. - Registrar la validación espiritual y cultural en el acta ceremonial. - Custodiar, junto con las autoridades, el documento validado como palabra viva del pueblo.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Entregables

- Relatoría del acto público con registro fotográfico
- Listado de asistencia
- Documento final para el diseño de la estrategia validado.

Cronograma

Concluyendo con la última Acción 12 del componente 2, se tiene prevista la realización del acto público de validación de la estrategia, el cual podrá desarrollarse bajo dos modalidades. La primera consiste en efectuar la validación al interior de cada uno de los equipos y pueblos indígenas, respetando sus dinámicas organizativas, rituales propios y validación por parte de la autoridad. La segunda modalidad contempla la realización de un acto público conjunto, que permita convocar a un mayor número de personas y actores estratégicos, con el propósito de conmemorar desde lo ancestral y espiritual la validación de la estrategia. Este espacio busca reafirmar los compromisos adquiridos por los diferentes sectores y fortalecer la apuesta colectiva por la salud propia e intercultural.

Tabla 14. Cronograma de actividades acción 12

Mes 12					
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4
Acción 12	Acto público de validación de la estrategia.				

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 13: Planeación y alistamiento

Se desarrolló durante el primer mes de ejecución y tuvo como propósito establecer las bases técnicas, metodológicas y operativas para la construcción de la estrategia en el pueblo Muisca, mediante mesas de trabajo que permitieron ejecutar el plan de trabajo, el cronograma general y la recolección de información.

Actividad 5: Realizar dos (2) mesas de trabajo para la construcción del plan de trabajo y cronograma con relación a las acciones en el diseño de la estrategia por parte de los equipos de salud indígena.

Estos espacios contaron con la participación de los equipos de salud indígena, autoridades tradicionales o sus delegados, el equipo técnico del contrato y los actores institucionales requeridos. La metodología fue participativa y con enfoque diferencial, promoviendo el diálogo de saberes y la concertación territorial. Durante las sesiones, se socializó el alcance de la estrategia, se revisaron las acciones contempladas en su diseño, se identificaron prioridades territoriales, se definieron responsables y tiempos, y se construyó de manera colectiva el cronograma de ejecución. Como resultado, se contó con un plan de trabajo consolidado y validado, el cronograma general aprobado, actas de cada mesa, listados de asistencia y los respectivos soportes documentales.

Actividad 7: Realizar seis (6) mesas de trabajo para la revisión y ajuste de instrumentos de recolección de información para la estrategia y las acciones de medicina ancestral indígena, necesarios para el desarrollo de este proceso.

Estas mesas se desarrollaron durante el primer mes de ejecución y contaron con la participación de los equipos de salud indígena y el equipo coordinador. En estos espacios se presentaron los instrumentos preliminares y, de igual manera, se definieron los mecanismos adecuados para la recolección y el manejo de la información.

Acción 15 Alistamiento, balance y levantamiento de línea base frente a las acciones diferenciales

Se desarrolló bajo un enfoque intercultural, participativo y territorial, sustentado en el diálogo de saberes, la autonomía de los pueblos indígenas y el reconocimiento de la salud propia

como un sistema integral que articulaba cuerpo, espíritu, energía y territorio. Todas las acciones previstas respetaron los tiempos, formas organizativas y mecanismos de decisión propios de los pueblos indígenas.

Constituyó el fundamento diagnóstico y analítico de la estrategia diferencial en salud orientada al fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas. En este sentido, permitió comprender el estado actual de las prácticas, acciones, capacidades y desafíos existentes en cada pueblo. Esta línea base no se concibió únicamente como un ejercicio técnico, sino como un proceso de memoria, reflexión y reconocimiento de los recorridos comunitarios en salud propia e intercultural.

Actividad 1 Mesa de trabajo Identificación y revisión de fuentes de información secundaria.

De manera similar a la acción 9, se proyectó la revisión de documentos internos del Cabildo, informes previos, registros administrativos, normatividad y estudios relacionados con el enfoque étnico y la salud indígena. Asimismo, se contempló el análisis de las actividades desarrolladas en los últimos años, su impacto, los aprendizajes obtenidos y los vacíos persistentes. No obstante, durante este proceso se evidenciaron dificultades asociadas a la dispersión de la información, la heterogeneidad en los formatos de registro y la limitada sistematización de algunos documentos, lo que generó retos en su consolidación y análisis comparado.

Para el desarrollo de esta mesa de trabajo, el Equipo Coordinador proporcionó las orientaciones a los Equipos de Salud de los pueblos Muisca, quienes debieron consolidar un acta que registrara cada uno de los documentos entregados por las autoridades indígenas, así como aquellos identificados a través de la búsqueda de publicaciones realizadas por los equipos. En este ejercicio se fortalecieron los procesos de organización documental y se ajustaron criterios comunes para la clasificación de la información, lo que permitió mejorar la coherencia en su sistematización.

El propósito de este ejercicio fue obtener un panorama global, organizado y sistemático de la documentación existente, que permitiera avanzar hacia un análisis integral y contextualizado. A partir de las acciones de ajuste y ordenamiento realizadas, se logró una mayor consistencia en la información recopilada, facilitando su uso en el proceso de análisis posterior.

Se consideraron como fuentes secundarias, entre otras:

- Documentos normativos (leyes, decretos, resoluciones, acuerdos).
- Planes, programas y políticas públicas con enfoque étnico o diferencial.
- Informes técnicos y administrativos de entidades competentes.
- Registros y documentos internos de los cabildos.
- Estudios académicos y técnicos relacionados con salud indígena y medicina ancestral.

Criterios de inclusión

- Pertinencia directa con la salud propia, la medicina ancestral o el enfoque diferencial.
- Relación con el territorio y los pueblos indígenas involucrados.
- Reconocimiento o validación por parte de las autoridades indígenas.
- Vigencia y relevancia para la comprensión del contexto actual.

Criterios de exclusión

- Documentos sin relación directa con el objeto del análisis.
- Información descontextualizada culturalmente.
- Fuentes duplicadas o con información obsoleta que no aportara al análisis.

Actividad 2 Mesa de trabajo Armonización y consolidación de fuentes secundarias.

Se revisaron, organizaron y articularon documentos existentes (planes, informes, registros, ordenanzas, producciones comunitarias y estudios previos) con el fin de comprender el

contexto histórico y actual. Este proceso de armonización incorporó la voz de las autoridades indígenas y validó la pertinencia cultural de la información secundaria. En este sentido, el Equipo Coordinador brindó las orientaciones necesarias para establecer las directrices de la Actividad 2. No obstante, durante este proceso se evidenciaron dificultades en la lectura y depuración inicial de la información, debido al volumen de documentos recopilados y la necesidad de aplicar criterios uniformes de análisis. Asimismo, se presentaron limitaciones en la identificación homogénea de criterios de pertinencia, para definir qué documentos aportaban de manera más significativa a la estrategia diferencial. A ello se sumó la necesidad de mayor tiempo de revisión y ajuste, con el fin de asegurar la depuración adecuada y la consistencia del insumo final.

Se desarrolló la lectura detallada de cada uno de los documentos recopilados, partiendo de un esquema básico que incluyó: autor, año de publicación y un resumen o el objetivo central del documento. Este proceso permitió depurar la información disponible y determinar, de manera precisa, cuáles documentos aportaban de forma significativa a la construcción de la estrategia diferencial en salud orientada al fortalecimiento de las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, garantizando así la pertinencia y relevancia del análisis documental.

Como resultado de esta actividad, se inició la construcción de la matriz de fuentes secundarias, en la cual se indagó en las citas y elementos documentales que aportaban de manera significativa al desarrollo del documento final. Esta matriz permitió organizar, depurar y seleccionar la información relevante, asegurando que los insumos utilizados contribuyeran efectivamente a la formulación de la estrategia diferencial en salud.

Actividad 3 Mesas de trabajo Categorización y sistematización de la información.

La construcción de categorías analíticas incorporó categorías emergentes desde la visión propia de los pueblos indígenas, evitando la imposición de categorías externas que desvirtuaran el sentido cultural de la información.

A partir de las fuentes secundarias se realizó un proceso técnico-metodológico de:

- Depuración de datos.

- Identificación de patrones y recurrencias.
- Construcción de categorías analíticas iniciales.
- Sistematización en matrices o fichas técnicas.

En el mes 6 se presentó la reestructuración de las categorías analíticas. Este proceso representó una oportunidad para armonizar ambos componentes, consolidándose en cuatro categorías que recogieron lo desarrollado por todas las partes. En este sentido, se avanzó en la reorganización de la matriz de fuentes secundarias, articulando las citas existentes con las nuevas categorías definidas. No obstante, este proceso implicó dificultades en la asociación de citas con las nuevas categorías, generando retos en la reclasificación de la información, inconsistencias en los criterios de agrupación y ajustes en la validación de las citas previamente incorporadas. Asimismo, se evidenciaron retos derivados de la necesidad de ajustar metodológicamente la estructura previa de la matriz, así como la identificación de citas que no cumplieran con los criterios de validez bajo normas APA, lo que requirió procesos de revisión y ajuste.

Actividad 4 Mesas de trabajo Análisis y consolidación de la línea base.

Se integraron los hallazgos de las categorías analíticas y se redactó un balance de la situación actual, identificando fortalezas, problemáticas, oportunidades y elementos clave para orientar la futura estrategia.

El análisis de la información se realizó mediante:

- Organización y depuración de la información.
- Categorización temática.
- Triangulación de información, contrastando fuentes secundarias (documentos técnicos) y análisis del equipo de salud indígena.

Síntesis analítica, orientada a la formulación de líneas de acción, componentes y actividades de la estrategia diferencial en salud que fortalecieran las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

El balance final resultante de esta actividad (Acción 15) se constituyó como la línea base que sirvió como insumo obligatorio para la Acción 16, garantizando que la construcción colectiva de la estrategia se sustentara en evidencia contextualizada, aprendizajes previos y prioridades definidas desde los pueblos indígenas. Asimismo, permitió contar con un punto de partida para la definición de componentes, líneas de acción y prioridades en la Acción 16.

Entregables

Listado de asistencia a las mesas de trabajo.

Matriz de análisis de fuentes secundarias.

Avance del documento para el diseño de la estrategia con relación a la Acción 15, alistamiento, balance y levantamiento de línea base frente a las acciones diferenciales.

Cronograma

Dentro de las orientaciones y acuerdos establecidos entre el Equipo Coordinador y el Equipo de Salud Indígena del Pueblo Muisca, se definió que todas las mesas de trabajo relacionadas con la construcción de la propuesta de estrategia que fortaleciera las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas debían desarrollarse durante las dos últimas semanas de cada mes.

En coherencia con ello, las actividades de identificación y revisión de fuentes secundarias, así como la armonización y consolidación de dichas fuentes, se llevaron a cabo en las semanas 3 y 4 del mes 2.

De igual manera, la actividad de categorización y sistematización de la información se realizó en las semanas 3 y 4 del mes 3, mientras que el análisis y consolidación de la línea base fue adelantado en las semanas 3 y 4 del mes 4.

Tabla 15. Cronograma de actividades acción 15

		Mes 2				Mes 3				Mes 4			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 15	Identificación y revisión de fuentes de información			Si	Si								

	Mes 2	Mes 3	Mes 4
secundaria.			
Armonización y consolidación de fuentes secundarias	Si Si		
Categorización y sistematización de la información		Si Si	Si Si
Análisis y consolidación de la línea base.		Si Si	Si Si

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 16 Construcción colectiva de la propuesta de estrategia diferencial para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres.

Correspondió al momento central de construcción colectiva de la estrategia, en el cual los hallazgos de la línea base se transformaron en propuestas concretas a partir de la palabra, la reflexión comunitaria y los usos y costumbres. Esta fase privilegió los espacios propios de diálogo y concertación, reconociendo que la definición de componentes en salud propia no respondía a esquemas estandarizados, sino a procesos culturales situados.

Este momento se fundamentó en el diálogo de saberes y la concertación directa con autoridades, líderes en salud y equipos de salud indígena, asegurando que la estrategia respondiera a las visiones culturales, espirituales y territoriales de cada pueblo.

En las conversaciones sostenidas con las autoridades de cada cabildo Muisca, se evidenció que esta acción no requirió la aplicación de encuestas, entrevistas o grupos focales, lo cual habría implicado el diseño de una ficha metodológica con preguntas delimitadas.

Por el contrario, el enfoque de esta fase se orientó a los diálogos propios, atendiendo a las necesidades y particularidades de cada pueblo, con el propósito de consolidar ideas y articular de manera armónica los procesos internos de sus comunidades. En coherencia con ello, se planteó una ficha metodológica centrada en el abordaje adecuado de cada actividad, que permitió desarrollar las sesiones previstas y concluir con un acta y sus respectivas evidencias.

El resultado de estas sesiones, realizadas de manera paralela o complementaria, fue la construcción progresiva de la estrategia, en consonancia con los usos, costumbres y la visión espiritual y organizativa de los pueblos muisca.

Actividad 1 Mesa de trabajo Planeación y logística para la recolección de información desde lo propio.

Este espacio estuvo orientado a organizar los recursos, definir los roles y establecer los lineamientos metodológicos que permitieron recolectar información pertinente, de acuerdo con las orientaciones y prácticas propias de cada cabildo indígena.

Las orientaciones emitidas por el Equipo Coordinador para el desarrollo de esta actividad se centraron en la optimización de los tiempos. En este sentido, los equipos de salud de los pueblos muisca debieron definir los temas principales a abordar, especialmente aquellos relacionados con la planeación y la logística, tomando como referencia la línea base recopilada en la Acción 15. Esto permitió que, en los encuentros posteriores, se estableciera una metodología clara y coherente, sin perder de vista las necesidades previamente identificadas.

Actividad 2 Encuentros internos Análisis de información para definir componentes por cabildo.

Se realizaron reuniones internas con los equipos de salud indígena para revisar, analizar y discutir la información recolectada, con el fin de identificar los componentes específicos de la estrategia, acordes a las particularidades, necesidades y visiones de cada cabildo. En el marco de la planificación, se estableció el desarrollo de mesas de trabajo durante los meses 5, 6 y 7, con el propósito de avanzar en la articulación de los resultados del MAI, el SISPI y las categorías analíticas definidas. Para ello, en el mes 5 se programaron dos mesas de trabajo: la primera orientada a armonizar los resultados del MAI de vigencias anteriores con las nuevas categorías, y la segunda enfocada en la articulación de los componentes del SISPI con dichas categorías. Asimismo, se utilizaron como insumo las bases de GESI de contratos previos del MAI, correspondientes a aproximadamente dos años de ejecución, lo que permitió contar con información técnica para el ejercicio de armonización.

En el mes 6, las mesas de trabajo se orientaron a dar continuidad a los avances del mes anterior, profundizando en la comprensión de las nuevas categorías analíticas y en la

identificación de bases para la definición de líneas de acción, con acompañamiento directo del equipo coordinador y la incorporación de orientaciones de las autoridades indígenas.

No obstante, durante el desarrollo de la actividad se evidenciaron diversas dificultades, entre ellas la necesidad de ajustes en el número y programación de mesas de trabajo para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos, así como la complejidad en la armonización de resultados provenientes del MAI, el SISPI y las nuevas categorías analíticas. También se identificaron dificultades en la comprensión y apropiación de dichas categorías por parte de los equipos, lo que requirió acompañamiento técnico permanente. Adicionalmente, se evidenció el riesgo de desarticulación entre los equipos de salud de los pueblos Muisca, lo que hizo necesario fortalecer la unificación de criterios de trabajo. A ello se sumaron retos en la articulación entre los modelos de salud propios y la construcción de la propuesta de estrategia, especialmente en la definición de alcances reales y pertinentes.

Como respuesta a estas situaciones, se realizaron ajustes orientados a la reprogramación y ampliación de las mesas de trabajo, garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos. Se fortaleció el acompañamiento técnico por parte del equipo coordinador, se incorporaron insumos técnicos como las bases GESI de contratos previos del MAI y se avanzó en la armonización de las categorías analíticas para facilitar la definición de líneas de acción. Asimismo, se establecieron espacios diferenciados y conjuntos de trabajo entre los equipos de salud de los pueblos Muisca, con el fin de fortalecer la articulación sin afectar la autonomía de cada proceso, e igualmente se incorporaron las orientaciones de las autoridades indígenas, priorizando los modelos de salud propios como base para la construcción de la estrategia.

No obstante, las autoridades manifestaron su preocupación frente a la posibilidad de que existieran diferencias entre ambos cabildos Muisca que no coincidieran, lo que podría derivar en la formulación de líneas de acción divergentes. Ante esta situación, se reiteró que el objetivo del proceso era avanzar en la armonización de las acciones, identificando de manera clara aquellos puntos en los que existían diferencias.

Si bien se reconoció que, en una fase inicial, las líneas de acción podían diferir, también se señaló que esta situación representaba un riesgo para la sostenibilidad del proceso de construcción de la estrategia, por lo cual se enfatizó en la necesidad de mitigar estas diferencias en la mayor medida posible mediante el diálogo y la concertación.

El mes seis culminó con el desarrollo de líneas de acción por parte del equipo Muisca de Bosa y del equipo Muysca de Suba, en un ejercicio de armonización conjunta. En este sentido, durante el mes siete se desarrollaron mesas de trabajo articuladas para interlocutar frente a las categorías y las líneas de acción que respondían a sus diferentes necesidades.

Como resultado, se logró consolidar, al menos, las líneas de acción correspondientes a las categorías de territorio y saberes, orientadas a fortalecer la pervivencia. No obstante, quedó pendiente continuar con esta dinámica en una segunda mesa de trabajo, con el fin de culminar el abordaje de las otras dos categorías restantes.

Actividad 3 Mesa de trabajo Sistematización de la información.

Espacio destinado a organizar, clasificar y consolidar la información resultante del proceso de análisis, permitiendo estructurar de manera clara los insumos que alimentaron la propuesta final de la estrategia diferencial.

La información sistematizada en esta actividad permitió estructurar de manera preliminar los componentes, líneas de acción y actividades de la estrategia, los cuales fueron formalizados técnicamente en la Acción 17.

Entregables

- Acta y listado de asistencia que den cuenta del desarrollo de las actividades.
- Avance documento para el diseño de la estrategia con relación a la acción 16 construcción colectiva de la propuesta de estrategia diferencial para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres

Cronograma

Para el desarrollo de la Acción 16, y considerando las tres actividades proyectadas, se estableció el siguiente cronograma: la actividad de planeación y logística para la recolección de información desde lo propio se ejecutó en el mes 5, durante las semanas 3 y 4. Posteriormente, los encuentros internos para el análisis de la información y la definición de los componentes por cabildo se llevaron a cabo en el mes 6, también en las semanas 3 y 4. Finalmente, la sistematización de la información se realizó en el mes 7, igualmente en las semanas 3 y 4

Tabla 16. Cronograma de actividades acción 16

Acción	Actividad	Mes 5				Mes 6				Mes 7			
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 16	Planeación y logística para la recolección de información desde lo propio.			Si	Si								
	Encuentros internos Análisis de información para definir componentes por cabildo.							Si	Si				
	Sistematización de la información.											Si	Si

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 17 Formulación de la propuesta del diseño de estrategia para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres.

Se realizó la formalización técnica, metodológica y operativa de la estrategia construida colectivamente, asegurando que el documento final reflejara fielmente los diálogos en las diferentes mesas de trabajo y, al mismo tiempo, cumpliera con los requerimientos institucionales necesarios para su implementación y sostenibilidad.

Actividad 1 Mesas de trabajo Construcción del documento técnico y componentes.

En esta actividad se desarrollaron mesas de trabajo orientadas a definir, precisar y organizar los componentes centrales de la estrategia. Se revisaron los insumos provenientes del levantamiento de la línea base, la sistematización de información y los acuerdos construidos con autoridades, sabedores y equipos de salud indígena. El objetivo fue estructurar un documento técnico que garantizara que los lenguajes institucionales no desplazaran los sentidos propios, debidamente contextualizados, y que reflejara los principios, lineamientos operativos, acciones estratégicas y elementos metodológicos que guiarían la implementación.

La ruta metodológica de estas mesas de trabajo es la misma establecida para la generación de la propuesta inicial en la Actividad 1 de la Acción 10, aplicada en este caso a la formulación del documento técnico. Se mantuvieron la secuencia de mesas, el instrumento de

formulación de actividades y las reglas de construcción allí descritas, con el fin de que los productos de las dos líneas de trabajo resulten comparables, acumulativos y coherentes con un mismo enfoque. La secuencia se desarrolló en los siguientes momentos:

- Mesas de trabajo por categoría analítica: se retomaron las categorías analíticas y las líneas de acción concertadas en la Acción 16 y, con los equipos de salud indígena de Suba y Bosa, se identificaron las actividades necesarias para operacionalizar cada línea, tomando como referencia la línea base levantada en la Acción 15.
- Definición conjunta de propósito y tareas: por cada actividad se formuló su propósito (qué cambio o resultado busca) y las tareas necesarias para ejecutarla, aplicando la misma anatomía verbo + objeto + condición cultural adoptada desde la Acción 10.
- Definición de periodicidad, metas e indicadores: se estableció la frecuencia y el tiempo requerido por perfil, la meta esperada en el periodo de referencia y el indicador de verificación del cumplimiento.
- Definición de componentes y estructura del documento técnico: las actividades se agruparon en los componentes centrales de la estrategia y se precisaron los principios, lineamientos operativos y elementos metodológicos que orientarían su implementación.
- Consolidación del documento técnico: el equipo coordinador consolidó el instrumento y el documento resultante, insumo de la Acción 18 (revisión, ajuste y aval de la propuesta).

El instrumento de registro fue el mismo definido en la Actividad 1 de la Acción 10 — actividad, propósito, modalidad de intervención, tarea, frecuencia y tiempo, meta, indicador, entregables, y perfil con sus funciones—, razón por la cual sus campos no se reiteran en este apartado. De igual forma se conservaron las tres reglas de construcción allí explicitadas: la derivación de actividades a partir de cada línea de acción bajo el criterio de no duplicidad, la redacción de tareas con la anatomía verbo operativo más objeto concreto más condición cultural o metodológica, y la asociación de perfiles con funciones documentadas en dos niveles, transversales y específicas por actividad.

Sobre esa base común se introdujeron los ajustes propios de esta fase. Los insumos no provinieron de la recolección primaria inicial, sino de la línea base consolidada en la Acción 15 y de los componentes definidos por cabildo en la Acción 16. La unidad de adaptación fue el

cabildo, Suba y Bosa, y no el pueblo, lo que exigió mesas diferenciadas y espacios conjuntos de armonización para evitar la formulación de líneas de acción divergentes. Y el producto esperado no fue un borrador sujeto a validación posterior, sino el documento técnico con sus componentes, principios y lineamientos operativos.

En consecuencia, el documento técnico resultante constituye insumo directo de la Actividad 2 (documento técnico financiero) y de la Acción 18 (revisión, ajuste y aval de la propuesta), en la misma lógica en que la propuesta inicial de la Acción 10 alimenta la Acción 11, lo que evidencia la continuidad de una única línea metodológica a lo largo de las dos líneas de trabajo.

Actividad 2 Mesas de trabajo Construcción del documento técnico financiero.

Esta actividad implicó el análisis y definición de los elementos financieros necesarios para la implementación de la estrategia. Incluyó la identificación de recursos, estimación de costos, análisis de viabilidad y proyección presupuestal, garantizando la coherencia entre los componentes técnicos propuestos y la disponibilidad financiera. Estas mesas permitieron construir un anexo financiero claro, detallado y acorde con las necesidades de cada pueblo indígena.

El desarrollo de estas mesas siguió la misma ruta metodológica de la Actividad 1, orientada en este caso a traducir los componentes técnicos en una estructura de costos. El punto de partida fueron las líneas de acción y las actividades ya formuladas, de modo que cada valor proyectado quedara asociado a una actividad concreta y a un perfil responsable, y no a estimaciones globales. La secuencia se desarrolló en los siguientes momentos:

- Revisión de la estructura del documento financiero: se acordó el índice del anexo — antecedentes y contexto, necesidad de inversión, justificación de los recursos requeridos, beneficios esperados, marco metodológico para la estimación de costos, objetivos, líneas de acción, costeo de las líneas de acción, presupuesto total, y conclusiones y recomendaciones—, así como las fuentes de información, entre ellas los contratos históricos del MAI.

- Definición de los criterios de costeo: se estableció que la estimación se realizaría en tres niveles complementarios, costeo por talento humano, costeo por líneas de acción y costeo por actividades, hasta consolidar el costeo total de la estrategia.
- Costeo del talento humano: para cada actividad se identificaron los perfiles requeridos y se registraron las horas, la cantidad de personas y el valor mensual correspondiente, tomando como referencia la Tabla de Honorarios de la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud para la vigencia 2026, adoptada mediante la Resolución 0001 del 2 de enero de 2026 y modificada por la Resolución 0306 del 9 de enero de 2026.
- Costeo por actividad: cada actividad se valoró indicando unidad de medida, cantidad mensual, valor unitario y valor total, lo que permitió agregar los resultados por línea de acción.
- Costeo de insumos de medicina ancestral: se identificaron de manera separada los insumos, materiales y elementos propios requeridos para las prácticas de sabiduría ancestral, con el fin de que no quedaran subsumidos en los costos de talento humano.
- Consolidación del presupuesto total: se agregaron los valores por línea de acción para obtener el presupuesto total de la estrategia y se formularon las conclusiones y recomendaciones sobre su viabilidad financiera.

Para el registro se emplearon tres matrices articuladas entre sí: una de síntesis por línea de acción, que relaciona la línea, su objetivo y el número de actividades; una de costeo por actividad, con línea de acción, actividad, unidad de medida, cantidad mensual, valor y valor total; y una de talento humano, con perfil, horas, cantidad y valor mensual. Esta articulación permitió que el presupuesto total fuera trazable hasta la actividad y el perfil que lo originan, en correspondencia con el instrumento de formulación de actividades utilizado en la Actividad 1.

En cuanto a la valoración del talento humano, la Resolución 0306 del 9 de enero de 2026 ajustó el incremento de los honorarios al índice de precios al consumidor certificado por el DANE el 8 de enero de 2026, equivalente al 5,10 %, y mantuvo la clasificación por grupos y categorías según título, experiencia general y posgrado: el Grupo 1 para perfiles profesionales, el Grupo 2 para perfiles técnicos y tecnológicos, y el Grupo 3 para perfiles de apoyo con título de

bachiller. Estos rangos se emplearon como referencia para cada perfil del equipo de salud indígena, teniendo en cuenta que la asignación de honorarios superiores a los establecidos en la tabla exige justificación del área que lo requiera y aprobación del Secretario de Despacho.

El producto de estas mesas fue el documento técnico financiero, que acompaña al documento técnico de la Actividad 1 y que, junto con los instrumentos del sistema de información de la Actividad 3, integra la propuesta sometida a revisión, ajuste y aval en la Acción 18.

Actividad 3 Mesas de trabajo Construcción de los instrumentos para el sistema de información.

En esta actividad se diseñaron los instrumentos necesarios para el sistema de información que acompañaría la estrategia. Asimismo, se incorporaron criterios propios de los pueblos indígenas para garantizar que el sistema de información respondiera tanto a los requerimientos institucionales como a las dinámicas organizativas y culturales de cada comunidad.

El sistema de información no solo tuvo una función de seguimiento y reporte, sino que se concibió como una herramienta para fortalecer la autonomía de los pueblos indígenas en la gestión de su salud propia, permitiendo la lectura permanente de los procesos, la toma de decisiones informadas y la retroalimentación continua de la estrategia. Incorporó indicadores propios definidos por los pueblos indígenas, que permitieron medir aspectos representativos.

Siguiendo la misma ruta metodológica de las actividades anteriores, el ejercicio se programó para el mes 10 mediante tres (3) mesas de trabajo como pueblo, con participación conjunta de los cabildos de Suba y Bosa, cada una con una duración de ocho (8) horas. El propósito fue avanzar en la definición, validación y consolidación de los instrumentos del sistema de información, garantizando que respondieran al enfoque propio e intercultural de la estrategia.

Las orientaciones impartidas a los equipos precisaron el alcance del ejercicio en función de la conformación actual del equipo, integrado por cinco perfiles. Se estableció que los instrumentos se construirían únicamente para las actividades que estos perfiles están en capacidad de desarrollar. Para las actividades cuya implementación requiere perfiles adicionales, no se construyeron instrumentos en esta fase: en dichos casos se realizó exclusivamente la

definición y descripción de los entregables esperados, previendo que durante la etapa de pilotaje sean los perfiles competentes quienes diseñen y validen los instrumentos correspondientes.

En consecuencia, el ejercicio se concentró en los instrumentos asociados a las siguientes actividades:

Tabla 17. Instrumentos del sistema de información por actividad

Actividad	Instrumento(s) a construir
Apertura y cierre espiritual de ciclos de trabajo comunitario e institucional	Documento de sistematización.
Preparación y uso de insumos de la medicina ancestral indígena Muisca	Documento de sistematización.
Apropiación territorial para el cuidado integral del pueblo Muisca con énfasis espiritual en concordancia con el territorio	Ficha metodológica.
Atenciones del Ser Muisca	Registro de Atención Integral del Ser Muisca y Registro de Entrega de Medicina Ancestral.
Atención y orientación familiar para el fortalecimiento del cuidado en el hogar	Instrumento de caracterización y/o seguimiento familiar y Plan de Cuido Familiar.
Atención y acompañamiento de casos emergentes	Registro de Atención de Casos Emergentes.

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

De este modo, la construcción de los instrumentos quedó delimitada por la capacidad real del equipo y articulada con el pilotaje, en el que se completarán los instrumentos de las actividades que demandan perfiles adicionales. Los instrumentos resultantes se integraron al documento técnico de la Actividad 1 y al documento técnico financiero de la Actividad 2, conformando la propuesta que se somete a revisión, ajuste y aval en la Acción 18.

Entregables

- Actas y listado de asistencia a las mesas de trabajo
- Avance documento para la propuesta del diseño de la estrategia con relación a la acción 17 formulación de la propuesta de estrategia para fortalecer las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres

Cronograma

Las directrices para la ejecución de las actividades correspondientes a la Acción 17 se mantuvieron en coherencia con las orientaciones previamente establecidas. En este sentido, se

continuó trabajando durante las semanas 3 y 4 de cada mes asignado, específicamente los meses 8, 9 y 10, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo y avance de cada una de las actividades proyectadas.

Tabla 18. Cronograma de actividades acción 17

		Mes 8				Mes 9				Mes 10			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 17	Construcción del documento técnico y componentes			Si	Si								
	Construcción del documento técnico financiero							Si	Si				
	Construcción de los instrumentos para el sistema de información.												

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Acción 18 Revisión, ajuste y aval de la propuesta de estrategia diferencial en salud propia

Consolida el principio de participación y autonomía, al garantizar que la estrategia diferencial en salud propia sea revisada, ajustada y avalada por las autoridades indígenas y las comunidades, reconociendo su legitimidad como máxima instancia de validación.

El aval de la estrategia se formalizará mediante acta suscrita por las autoridades indígenas competentes, dejando constancia de los acuerdos, ajustes y validaciones realizadas, reconociendo este acto como expresión de la autonomía y gobierno propio. Esto no constituye un acto público si no que se desarrolla mediante encuentros y mesas de trabajos que a continuación se describen

Actividad 1 Encuentros en plenaria Socialización y ajustes (Suba y Bosa).

Desarrollo de espacios ampliados con la participación de los equipos de salud indígena y las autoridades, orientados a presentar la propuesta preliminar, recibir observaciones y realizar los primeros ajustes de manera colectiva.

Actividad 2 Encuentro interno Socialización al interior de los equipos.

Revisión detallada de la propuesta por parte de cada equipo de salud indígena, permitiendo analizar los aportes generados en las plenarios y consolidar observaciones específicas según el contexto de cada cabildo.

Actividad 3 Encuentros en plenaria Validación de la estrategia.

Espacios comunitarios y técnicos en los que se presenta la versión ajustada de la estrategia con el fin de obtener el aval de las autoridades, sabedores, equipos y demás actores involucrados.

Actividad 4 Mesas de trabajo Socialización y articulación con el equipo coordinador.

Articulación técnica entre los equipos de salud indígena y el equipo coordinador para integrar los aportes finales, armonizar criterios y garantizar coherencia metodológica, operativa y conceptual.

Actividad 5 Mesas de trabajo Formulación de apartados del documento final.

Construcción colaborativa del documento final de la estrategia, incorporando los acuerdos alcanzados en las fases de revisión, ajuste y validación, y organizándolo en sus apartados técnicos, metodológicos, operativos y culturales.

Entregables

- Acta y listado de asistencia que den cuenta del desarrollo de las actividades
- Avance documento para el diseño de la estrategia con relación a la acción 18 revisión, ajuste y aval de la propuesta de estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas
- Apartado del documento final de la propuesta del diseño de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas

Cronograma

Finalmente, para el desarrollo de la Acción 18 se contemplan algunos ajustes en la dinámica de trabajo. Durante el mes 11, el equipo continuará con las actividades relacionadas con la medicina ancestral; sin embargo, en el mes 12 todas las acciones estarán enfocadas en la finalización, consolidación y ajuste de la estrategia

En este sentido, la primera actividad, correspondiente a los encuentros en plenaria para socialización y ajustes, se llevará a cabo en las semanas 3 y 4 del mes 11, y continuará en la semana 1 del mes 12.

La segunda actividad, relacionada con los encuentros internos y la socialización al interior de los equipos, se desarrollará durante las semanas 1 y 2 del mes 12.

Respecto a la validación de la estrategia, esta se realizará entre las semanas 2 y 3 del mes 12.

Es fundamental que el equipo de salud realice una articulación final con el Equipo Coordinador para consolidar el documento definitivo. Este proceso se llevará a cabo en la semana 3 del mes 12, concluyendo con la formulación de los apartados del documento final durante las semanas 3 y 4 del mismo mes.

Tabla 19. Cronograma de actividades acción 18

		Mes 11				Mes 12			
Acción	Actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Acción 18	Encuentros en plenaria Socialización y ajustes (Suba y Bosa)								
	Encuentro interno Socialización al interior de los equipos								
	Encuentros en plenaria Validación de la estrategia								
	Socialización y articulación con el equipo coordinador.								
	Formulación de apartados del documento final								

Fuente: Equipo Coordinador MAI, Contrato Interadministrativo No. 8418986 de 2025, elaboración propia.

Seguimiento, monitoreo y ajuste del plan de trabajo

El seguimiento y monitoreo del presente Plan de Trabajo se concibe como un proceso continuo, participativo e intercultural, orientado a verificar el cumplimiento de las actividades, la participación de los actores, la calidad de los procesos y la coherencia entre lo planificado y lo ejecutado, respetando los tiempos, ritmos y dinámicas propias de los pueblos indígenas.

Este proceso permitirá identificar avances, alertas tempranas, dificultades operativas o culturales y oportunidades de ajuste, garantizando que el diseño de la Estrategia Diferencial en Salud Propia e Intercultural se mantenga alineado con los principios de autonomía, diálogo de saberes y pertinencia cultural.

El seguimiento será realizado de manera conjunta por:

- Los equipos de salud indígena.
- El Equipo Coordinador del Cabildo.
- Con acompañamiento técnico de la Secretaría Distrital de Salud, cuando corresponda.

Los resultados del seguimiento se consolidarán de manera sistemática en los informes mensuales establecidos en el marco del Contrato Interadministrativo No. 8418986, así como en actas, relatorías y matrices de seguimiento propias del proceso, garantizando la trazabilidad de los avances, dificultades y ajustes realizados.

Para el seguimiento y evaluación del Plan de Trabajo se utilizarán, entre otros, los siguientes tipos de indicadores:

Indicadores de proceso

- Número de Círculos de la Palabra realizados.
- Número de mesas de trabajo desarrolladas.
- Cumplimiento del cronograma por acción.

Indicadores de participación

- Número y diversidad de actores participantes (autoridades, sabedores, comunidad, equipos).
- Participación por sexo y curso de vida para los círculos de palabra

Indicadores de producto

- Documento de análisis de necesidades en salud propia.
- Propuesta preliminar de la estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas
- Documento final de la estrategia validado cultural y técnicamente.

Los indicadores serán revisados y ajustados de manera concertada, respetando las particularidades de cada pueblo indígena.

Bibliografía

Aguilar-Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena [Artículo].

Aguirre-Acevedo, J., Martínez-Oropeza, M. A., Ruíz-García, L. A., Aguilera-Rojas, S. E., Galeano-Garzón, C. B., Sigua, E. A., & López-Rodríguez, Y. N. (2022). Creencias y prácticas en salud oral en comunidades indígenas para el diseño de un modelo de atención integral de salud con enfoque intercultural en Colombia. Una revisión [Artículo].

Ahlberg, B. (2017). Integrated Health Care Systems and Indigenous Medicine: Reflections from the Sub-Sahara African Region. *Frontiers in Sociology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2017.00012>

Almaguer González, J. A. (2019). APS como estrategia para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas [Video].

Ardila Rodríguez, R. L., Mesa, S., Quilumba, M. M., Palacios, M., Tuntaquimba, I., Tuntaquimba, L. E., Villagrán, J., Ariza Montoya, J., Gonzales, H., & Bustos, L. P. (2010). Allpa llankaymanta aylluhunawan yachahuna kamu / Aprender agricultura con este manual [Documento propio].

Asociación de Cabildos Indígenas – ACIMSPCA. (2023). Formas de cuidado propias e interculturales de la zona Tandachidiru Wasi [Artículo].

Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN). (2019). Modelo de cuidado de la salud territorio Nasa – Tejido Salud [Documento propio].

Autoridades ancestrales Misak Nu Nakchak. (2019–2023). Mandato II congreso Nu Nakchak [Documento propio].

Autoridades tradicionales del Espacio Autónomo Indígena - Consejo Consultivo de Concertación. (2020). El caminar de los niños y jóvenes Pijao en el corazón de la madre tierra [Cartilla].

Autoridades tradicionales del Espacio Autónomo Indígena de los catorce cabildos indígenas que conforman la Mesa Autónoma Distrital. (2021). Cartilla orientaciones pedagógicas de la educación propia e intercultural de 14 pueblos indígenas que habitan en Bogotá, D.C. [Cartilla].

Autoridades y comunidades de los resguardos Inga. (2022). Estrategias de acción sobre el problema de las drogas pueblo Inga [Documento propio].

Autoridades y comuneros del pueblo Inga Alto Putumayo, & Ministerio del Interior. (2012). Plan de salvaguarda del pueblo Inga de Colombia: eje salud y medicina propia [Documento propio].

Autoridades y comuneros del pueblo Inga Alto Putumayo. (2004). Plan integral de vida del pueblo Inga Manoy Santiago [Documento propio].

Bambague, G., Orozco, D. S., Mosquera, D., Giraldo-Jiménez, C. F., & Marcillo, K. C. (2024). Perception of Traditional Medicine During Pregnancy, Childbirth, and Postpartum in the Tacueyo Indigenous Reservation, Cauca, Colombia. *Revista de Gestão Social e Ambiental*. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n10-198>

Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verhoeven, V., Chicaiza, J. M., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., & Michels, N. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>

Cabildo Ambiká Pijao. (2008). Danza y ritmo Pijao [Cartilla].

Cabildo Mayor Yanacona. (2022). Montañas, caminos, kingos y zingos: modelo de cuidado de la salud intercultural del pueblo Yanacona [Cartilla].

Cabildo Operador Ambiká Pijao, & Cabildo Inga de Bogotá. (2022). Fase de agenda pública en el marco de la reformulación de la política pública de los pueblos indígenas en

Bogotá, D.C.: capítulo resultados de la información obtenida en el proceso de participación [Documento propio].

Castillo Zapata, H. J., Ocoró Hurtado, Á. M., Bermúdez López, Y. A., & Murillo Paz, O. E. (2022). Propuesta ruta de atención en salud dirigida a la comunidad indígena Nasa del Resguardo de San Francisco, armonizada desde la medicina ancestral y medicina occidental [Trabajo de grado].

Castro Suárez, H., & Galán Rodríguez, S. (2003). Conocimiento y manejo del bosque. Los Uitotos en la Amazonia colombiana [Artículo].

Chindoy Chasoy, T. T. (2019). Los Camëntsá y el legado visual de la diócesis de Mocoa-Sibundoy [Libro].

Comité de Salud Intercultural Pijao, & Cabildo Ambiká Pijao. (2009). Hacia un modelo intercultural de salud [Documento propio].

Comunicaciones COICA. (2025, junio 30). Amazonía esencia viva: restauración, saberes y economía indígena para un territorio vivo [Informe técnico].

Comunidades étnicas de la localidad de Bosa, sabedores y sabedoras de los pueblos Inga, Kichwa, Mhuysqa, Pijao, Nasa y Pasto, & Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte – Alcaldía Local de Bosa. (2021). Pensamiento del trenzar y el tejer la sabiduría ancestral de las comunidades negras afrocolombianas y pueblos indígenas en la localidad de Bosa [Documento propio].

Dababneh, N., Dababneh, S., Barakat, S., Cox, J., Chiskamish, W., Kelly, A. S. V., Pootoo, S., Ilisituk, P., Sala, M., Kitishimik, P., Weetaltuk, S., Kumarluk, A., Moorhouse, R., Inukpuk, M., Lefson, M., & Litvinov, I. (2025). Foundations of Canadian Indigenous Medicine (Part I): The Medicine Wheel, Cultural Frameworks, and Traditional Healing Practices. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 29, NP34-NP40.
<https://doi.org/10.1177/12034754251341842>

Decreto 968 de 2024. Presidencia de la República de Colombia. (2024).

Decreto 968 de 2024 nivel nacional. Secretaría Jurídica Distrital. (2024). Informe técnico.

Del Mastro N, I. (2022). Providing culturally competent and universal health care in the Peruvian Amazon: The role of medical authority. *Social Science & Medicine*, 315. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115556>

Equipo técnico del proyecto Tayta Imbabura. (2008). Kawsay [Libro].

Equipo técnico Proyecto Salud Indígena Salud Viva. (2007). Plantas medicinales de la zona andina de Cotacachi [Libro].

Escobar Upegui, S. (2024). Chagras medicinales: usos de las plantas medicinales de las chagras y saberes de las mujeres Camëntsá, del municipio de Sibundoy, para el cuidado del cuerpo propio [Tesis].

Frausin, G., Trujillo, E., & Correa, M. (2010). Plantas útiles en una comunidad indígena Murui-Muinane desplazada a la ciudad de Florencia (Caquetá-Colombia) [Artículo].

Francisco J. L. (2012). SUARY Asociación Bioétnica, Social y Cultural [Libro].

Grupo técnico Alfonso Tuntaquimba, Nelson Tuntaquimba, Enrique Tuntaquimba, & Pamela Moreno. (2007). Encuentro de saberes ancestrales [Cartilla].

Guerrero, M., Zuluaga, S., & Pedraza, N. (2022, noviembre 3). Mujeres y plantas: una historia sobre la medicina tradicional amazónica [Artículo]. Consejo de Redacción.

Guamanga Chimborazo, I., Solarte Palechor, C., Hormiga, Y., & Chito Anacona, L. Y. (2022). Montañas, caminos, kingos y zingos: modelo de cuidado de la salud intercultural del pueblo Yanacona [Cartilla].

Herrera Arango, Á. D. (2012). Naturaleza y cultura en la Ley de origen de la Gente de Centro de Leticia: el uso estratégico de un concepto indígena en el Plan de Salvaguarda Étnica Uitoto [Artículo].

Hernández, H. (2023). Tejiendo esperanza [Biografía].

Hospital de Usme, Cabildo Ambiká Pijao, & Secretaría Distrital de Salud. (2007). Medicina tradicional Pijao [Cartilla].

Krah, E., De Kruijf, J. G., & Ragno, L. (2017). Integrating Traditional Healers into the Health Care System: Challenges and Opportunities in Rural Northern Ghana. *Journal of Community Health*, 43, 157-163. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0398-4>

Lin, V., Canaway, R., Carlton, A.-L., Ijaz, N., Patel, G., Sawadogo, N., Rong, H., & Sheikh, K. (2025). Workforce, regulation and capacity needed for integration of traditional medicine. *Bulletin of the World Health Organization*, 103, 814-822.
<https://doi.org/10.2471/blt.25.293560>

Medina Cortés, T., & Ulcue Ramos, C. A. (2024). Atención del parto y posparto: experiencias de mujeres indígenas Nasa en servicios de alta y mediana complejidad, suroccidente colombiano, 2022-2023 [Artículo].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018 [Informe técnico].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Decreto Ley 480 de 2025 [Informe técnico].

Moya Tovar, P. (2012). Azoteas y plantas medicinales [Trabajo de grado].

Musoke, D., Nalinya, S., Lubega, G., Brown, M. O., & Gibson, L. (2026). The role of traditional healers and barriers to collaboration with biomedical providers in mental health service delivery in Wakiso district, Uganda: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 26. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14170-5>

Nupan-Criollo, H., Sanabria González, J. A., & Chacón Peralta, H. (2022). Salud mental y medicina tradicional de las comunidades ancestrales Pijaos del Tolima en contextos de violencia [Libro].

Pérez Rua, M. N. (2007). Conocimiento tradicional y uso de plantas medicinales. Comunidad multiétnica San José Km. 6 Leticia A [Artículo].

Pijao Salud EPSI. (s.f.). Pijaos Salud EPSI medicina ancestral [Cartilla].

Pimentel, J., Sarmiento, I., Zuluaga, G., & Andersson, N. (2020). What motivates medical students to learn about traditional medicine? A qualitative study of cultural safety in Colombia [Artículo].

Pueblo Misak. (2019). Plan de nutrición y salud Misak propios [Libro].

Quiro Obispo, D. (2012). La importancia del Jaipana en el resguardo indígena Almorzadero Bubuey – pueblo Eperara Siapidaara, municipio de Timbiquí, Cauca [Tesis].

R, R. B., Mathpati, M., Yalsangi, M., & Narayan, R. (2025). Where do traditional healers fit in the dentist-centred oral health system? An ethnography inquiry among the indigenous communities in Gudalur, South India. *SSM - Health Systems*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100079>

Redvers, N., & Blondin, B. (2020). Traditional Indigenous medicine in North America: A scoping review. *PLoS ONE*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237531>

Redvers, N., Menzel, K., Carroll, D., Zavaleta, C., Kokunda, S., Kobei, D. M., & Rojas, J. N. (2025). Indigenous rights, health and traditional medicine systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 103, 722-729. <https://doi.org/10.2471/blt.24.292882>

Román Valenzuela Imbago, Á. (2019). Identidad cultural del pueblo indígena Pastos y su relación con la sostenibilidad del territorio [Artículo]. Universidad de Manizales.

Sabedores y gestores investigadores comunitarios afrocolombianos e indígenas de la localidad de Bosa. (2022). Aportes para la implementación de la Escuela de Saberes Ancestrales étnicos en la localidad de Bosa [Documento propio].

Sabedor. (2026). Saber propio [Documento propio no publicado]. Pueblo Eperara.

Selvaraj, K., Deshmukh, P., Yadav, P., Vijayageetha, M., Lakshmi, N. R. A., Deshmukh, N., Tamgire, L., Thanigachalam, S., Selokar, D. S., Sabale, R. M., Inamdar, A., Bhardwaj, V., & Babu, B. V. (2026). Role of traditional healers in health and healthcare access: a multi stakeholder perspective from a tribal block of central India. *Discover Health Systems*. <https://doi.org/10.1007/s44250-026-00345-8>

Shrestha, H. L., Shrestha, L., McArthur, M., Rowe, R. K., Maar, M., & Walker, J. D. (2024). Traditional healing and medicine in dementia care for Indigenous populations in North America, Australia, and New Zealand. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 16. <https://doi.org/10.1002/dad2.12620>

Singh, S., Soman, B., Thatoju, P. K., Mallya, S., Dhyani, V., Shetty, R., Unnikrishnan, B., & Kaur, H. (2025). Traditional Healing and Health Care Practices Among Tribal Healers in India: A Scoping Review Protocol. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-025-02691-4>

Terefe, E. M. (2026). African traditional medicine: historical legacy, colonial disruption, and pathways for integration into modern healthcare. *Frontiers in Pharmacology*, 17. <https://doi.org/10.3389/fphar.2026.1842857>

Tresca, G., Marcus, O., & Politi, M. (2020). Evaluating herbal medicine preparation from a traditional perspective: insights from an ethnopharmaceutical survey in the Peruvian Amazon. *Anthropology & Medicine*, 27, 268-284. <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1669939>

Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi, & Comité Central de Mujeres UNORCAC. (2006). *Ñukanchi hampita yuyarishpa, recordando nuestra medicina* [Libro].

Vanegas Díaz, A. M., & Vanegas Ortiz, H. L. (2022). Orientaciones para la atención integral en salud, con enfoque diferencial, de los pueblos indígenas en las intervenciones individuales de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta para la población materno perinatal [Artículo].

Vargas-Cruz, S., Parra-García, I., Urrego-Mendoza, Z., & Lesmes, C. (2020). Síntesis orientadora de política pública de derechos del pueblo Los Pastos en Bogotá [Informe técnico].

Wang, X., Anwar, T., Qureshi, H., El-Beltagi, H., Sehar, Z., Solieva, D., Azizov, B., Rebouh, N., Abbasov, M. A., Yakubov, F., & Alomran, M. M. (2025). Plant-based traditional remedies and their role in public health: ethnomedicinal perspectives for a growing population. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 44. <https://doi.org/10.1186/s41043-025-01036-5>

Wayú Matapí, E., & Muñoz, D. (2021, junio). *Palabra para el buen vivir* [Cartilla].

Wong, Y. M. A., Ahn, S., Bana, A., Dua, P., Eggers, R., Kuruvilla, S., Li, Y., Liu, Q., Shen, Y., & Kim, S. (2025). Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025-2034. *Bulletin of the World Health Organization*, 103, 715-721. <https://doi.org/10.2471/blt.25.293414>

Zuluaga, G., Correal, C., Rodríguez, N. A., Cano, S. P., & Sarmiento, I. (2022). Panorama de la medicina tradicional en el Resguardo Muisca de Cota, Colombia: estudio transversal [Artículo].