# Documento guía para articulación y reconocimiento de saberes asociados a comunidades étnicas, portadores y sabedores (medicina tradicional, terapéuticas integrativas, alimentación y cuidado)

## Tabla de Contenido


*Introducción* ..... 3

*I. Marco estratégico* ..... 3

*II. Estrategias de muestreo* ..... 5

Tipologías de personas a entrevistar ..... 5

1. Muestreo por conveniencia ..... 7

2. Muestreo por cuotas ..... 7

3. Muestreo intencional ..... 8

4. Muestreo por referencia o en cadena ..... 8

Enfoque centrado en las participantes ..... 9

Posicionalidad ..... 11

*III. Protocolo de entrevista* ..... 12

Modulo 1. Historia personal de contacto/entrada al HSJD ..... 13

Modulo 2. Cambios en prácticas y conocimientos ..... 13

Módulo 3. Saberes y prácticas marginados o excluidos (Todos los grupos, pero con preguntas diferentes) ..... 15

Módulo 4: Memoria institucional y olvido ..... 16

*IV. Técnicas de entrevista para datos sensibles* ..... 16

*V. Plan de análisis y síntesis* ..... 17

*VI. Consideraciones éticas específicas para este diseño* ..... 18

*Identificación de actores que preservan prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas [borrador].* ..... 20

***Algunas comunidades reconocidas como indígenas con presencia en Bogotá*** ..... ***22***

**Pueblo Muisca** ..... **23**

***Comunidades Afrobogotanas*** ..... ***25***

***Pueblo Rrom*** ..... ***26***

***Practicantes de Terapias Alternativas, Complementarias e Integrativas*** ..... ***27***

***Referencias*** ..... ***29***

***Protocolo de Anonimización*** ..... ***30***

Etapa 1. Preparación previa a la entrevista ..... 30
Etapa 2. Durante la entrevista ..... 30
Etapa 3. Anonimización posterior a la entrevista ..... 30
Etapa 4. Almacenamiento de datos y datos compartidos ..... 31
Informes ..... 31
Precauciones ..... 31
Herramientas para la anonimización ..... 32
Consideraciones éticas y legales ..... 32

***Formato de consentimiento informado*** ..... ***33***

***Documento de autorización para el uso de derechos de imagen sobre fotografías y fijaciones audiovisuales, y de propiedad intelectual, otorgado al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, Ministerio de Salud.*** ..... ***36***

Este documento se presenta como parte de dos obligaciones contractuales; a saber a) la Obligación contractual 1. *"Elaborar insumos documentales de apoyo que recojan, desde un enfoque antropológico, la articulación y reconocimiento de saberes asociados a comunidades étnicas, portadores y sabedores (medicina tradicional, terapéuticas integrativas, alimentación y cuidado), como soporte conceptual para la propuesta del Museo de Prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas y la difusión del patrimonio cultural inmaterial del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil";* y b) parte de la Obligación contractual 3. *"Elaborar un esquema previo y conceptual de guion, áreas temáticas, salas de saberes vivos, posibles laboratorios, programas e insumos, como insumo orientador para la estructuración preliminar del museo"*.

# Introducción

A partir de un trabajo inicial con enfermeras que trabajaron en el Hospital se construyó un documento guía para la identificación de actores que salvaguardan saberes y prácticas médicas, de cuidado, sanación y curación con un enfoque diferencial, de carácter expansivo e inclusivo y con tácticas restaurativas. Se trata de un ambiente investigativo complejo y sensible al reconocimiento que el carácter institucional del hospital obedeció a normativas que limitaron la inclusión de ciertos saberes y prácticas, pero que también permitió la supervivencia de otras. Esta guía toma como principio la existencia y producción activa de una comunidad alrededor del hospital público.

El contexto del hospital, en particular su cese de actividades hospitalarias *stricto sensu* a partir del año 2000, sugiere dos líneas de entrevistas importantes relacionadas con la recuperación de la memoria oral del hospital. De una parte, están las personas que enfrentaron y resistieron su declive; es decir, para la construcción de una historia de resistencia. De otra parte, están las personas que constituyeron la comunidad del hospital, en particular las personas que fueron empleadas y pueden recuperar historias de comunidad a partir de sus acciones diarias.

Con el objetivo enunciado se propone una estrategia de entrevistas semiestructuradas que reconoce y equilibra las jerarquías clínicas con las vulnerabilidades de las y los pacientes, que además propone activamente espacios para sistemas de conocimientos y prácticas marginalizadas. Es el caso de la medicina tradicional, prácticas de cuidado holísticas, o a la restauración del bienestar espiritual.

## I. Marco estratégico

Se proponen cuatro objetivos de investigación.

i. Registrar los flujos de conocimiento entre personal médico-hospitalario, personal administrativo, los pacientes y la emergencia de una comunidad alrededor de ellos.
ii. Identificar cambios en prácticas clínicas y administrativas relativas a la inclusión/exclusión de poblaciones específicas y sus saberes y prácticas.

iii. Identificar y comprender las formas tanto de inclusión como de marginación, tanto en el médico-hospitalario, como específicamente en el Hospital San Juan de Dios.
iv. Comprender el concepto de *cuidado* asociado una o múltiples "comunidades hospitalarias", más allá de los resultados médicos.

# II. Estrategias de muestreo

## Tipologías de personas a entrevistar

El objeto general del contrato no comprende desarrollar una estrategia cuantitativa o un muestreo representativo. Debe considerarse que la historia del hospital abarca más de cuatro siglos. De las tres sedes que tuvo, la que las personas recuerdan es el del predio de La Hortúa. Una persona de 100 años hoy (2026) habría nacido en la época en la que se estaba inaugurando el nuevo complejo hospitalario en ese predio. En ese sentido, esta historia recopila experiencias del hospital durante la segunda mitad del siglo XX y de su cese de operaciones durante los inicios del siglo XXI.

La siguiente es una tipología de personas para entrevistar en relación con el Hospital San Juan de Dios

i. Personal clínico: personal médico, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas
ii. Personal administrativo: administradores, admisiones, gestión de instalaciones
iii. Pacientes
iv. Otras: cuidadores, sabedoras tradicionales, voluntarias, defensoras de derechos de pacientes.

Se han identificado algunos hitos pertinentes al momento de entrevistar a personas,

- La Torre Central construida por la firma Cuéllar Serrano Gómez data de 1952. Las personas que trabajaron en el hospital, lo hicieron en un periodo para el cual ya se había trasladado la mayor parte de las funciones de los edificios antiguos.

- En 1975 tiene lugar la "Marcha de las Batas Blancas". Esta incluyó la toma del hospital por parte del movimiento universitario.

- Creación de la Fundación San Juan de Dios en 1979, crea una organización de naturaleza privada.

- La reforma a la educación y la salud tras la reforma constitucional de 1991, tras una inversión en capital e infraestructura bajo el gobierno Samper, se asocia a la crisis administrativa y financiera que llevaría a la suspensión paulatina de sus servicios hasta septiembre de 2001.

La siguiente es una tipología de personas para entrevistar en relación con prácticas y saberes vivos no alopáticos o por fuera de la atención médica convencional

i. Personas pertenecientes a comunidades minoritizadas cuyas cosmologías (incluyendo la construcción de la relación salud/enfermedad), en particular comunidades indígenas, afrodescendientes y Rrom.
ii. Personas pertenecientes a comunidades minoritizadas por otras características que hayan sido históricamente marginadas en su relación con las instituciones de salud (por ejemplo, LGBTQ+, que han ejercido trabajo sexual, entre otras).
iii. Personas que ejercen medicina especializada y titulada no alopática (homeópatas, acupunturistas, sonoterapeutas, y demás especialidades complementarias, alternativas, ancestrales o integrativas), generalmente poseedores de título en una profesión médica (frecuentemente en Colombia, médico cirujano).
iv. En menor medida, personas que hayan sido cercanas a estos procesos, preferiblemente referidas por alguna persona de las otras tres tipologías, entendiendo su contexto.

La amplitud y diversidad de las tipologías mencionadas implica un abordaje ambicioso. Debe anotarse que no se espera encontrar en la duración del contrato a representantes de cada una de las comunidades descritas. No obstante, es relevante identificarlas para entender las posibles técnicas a utilizar o pertinentes en cada caso para construir una muestra. A continuación, se describen cuatro tipos de muestreo no aleatorio apropiados para este abordaje.

## 1. Muestreo por conveniencia

Las personas o elementos de una muestra se seleccionan en relación con la capacidad de quien muestre de acceder a ellas y de su disponibilidad. Por ejemplo, se utilizó el entorno institucional para realizar encuestas a personas que hacen parte del equipo, como en el caso del Dr. Pedro Pablo Tinjacá.

Este tipo de muestra puede ser útil, especialmente si se realiza como una etapa inicial o preliminar. Se le desestima porque puede introducir un sesgo significativo. No obstante, el HUSJDMI tiene la conveniencia que congrega personas que han trabajado con y por el hospital y han sido parte activa de su defensa.

**Ventajas**: Este tipo de muestreo requiere menor planificación y su implementación es comparativamente rápida.

**Desventajas**: Debido a su naturaleza no aleatoria, el método es muy susceptible a sesgos. No fue aplicada para el acercamiento con comunidades étnicas, portadores y sabedores (medicina tradicional, terapéuticas integrativas, alimentación y cuidado), como soporte conceptual para la propuesta del Museo de Prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas

## 2. Muestreo por cuotas

Este tipo de muestreo, y en combinación con los dos siguientes, facilitó el acercamiento a comunidades étnicas, portadores y sabedores (medicina tradicional, terapéuticas integrativas, alimentación y cuidado), como soporte conceptual para la propuesta del Museo de Prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas

Se identificaron comunidades específicas cuyos testimonios son importantes para el desarrollo de esta propuesta. Específicamente, se consideró pertinente contactar a las comunidades muisca, afrobogotanas, Rrom, y a practicantes de medicinas no alopáticas y terapéuticas integrativas.

Por ejemplo, su cuota podría incluir un número determinado de hombres y un número determinado de mujeres. Alternativamente, es posible que desee que sus muestras pertenezcan a un nivel de ingresos específico, a ciertos rangos de edad o a determinados grupos étnicos. Sin embargo, las ambiciones de este contrato no permiten abarcar a más de una representante de entre los grupos identificados.

**Ventajas**: El muestreo por cuotas garantiza una representación adecuada de ciertos subgrupos, lo que resulta ideal cuando el muestreo aleatorio no es factible, pero la representación es necesaria.

**Desventajas**: La selección dentro de cada cuota no es aleatoria y la discreción de los investigadores puede influir en la representación, lo que aumenta considerablemente el riesgo de sesgo.

## 3. Muestreo intencional

Los participantes de la muestra son elegidos conscientemente por los investigadores en función de su conocimiento y comprensión de la pregunta de investigación o de sus objetivos.

Es una técnica de muestreo, aunque no se espera terminar con una muestra representativa. Se utiliza cuando se buscan formas (relativamente) ágiles y fáciles para incrementar la variedad respuestas.

Para nuestro caso se seleccionaron personas expertas o con posiciones institucionales o comunitarias clave, en particular en relación con su conocimiento y su potencial capacidad de acción o convocatoria.

**Ventajas**: El muestreo intencional se centra en criterios o características específicas, lo que lo hace ideal para estudios que requieren participantes especializados o condiciones específicas.

**Desventajas**: Es altamente subjetivo y se basa en el juicio de los investigadores, lo que puede introducir sesgos y limitar la aplicación práctica del estudio.

## 4. Muestreo por referencia o en cadena

Este método se le conoce más como bola de nieve, una traducción de su nombre en inglés (snowballing). Al final de cada entrevista se solicita a las personas interpeladas los contactos de personajes clave que hayan sido mencionados u otros contactos aún sin mencionar que consideren puedan ser de interés para les investigadores y/o puedan interesarse en participar. Nótese que también funciona como técnica de reclutamiento para conseguir participantes de una actividad o evento.

Se resalta la pertinencia de definir criterios de selección, o características identitarias o contextuales que contribuyan a los objetivos del estudio. Por ejemplo, compañeros de trabajo durante su paso por la entidad.

Es importante recalcar los objetivos específicos de la encuesta y preguntar a quienes hacen recomendaciones cómo pueden sus contactos recomendados contribuir a esos objetivos.

Dada la naturaleza delicada de hablar ciertos temas, y en particular en un clima político tenso (como ha sido el caso de este primer semestre de 2026), las referencias ayudan a generar un ambiente de confianza

s, el anonimato fue esencial para evitar posibles repercusiones sociales, políticas o económicas para los participantes, especialmente en contextos donde la expresión de quejas está notoriamente estigmatizada. Cada participante sabía que cualquier nombre o referencia personal sería eliminado y modificado en la transcripción, lo que garantizó el anonimato y contribuyó a reducir el temor de los participantes a ser juzgados o a ser expuestos, fomentando así reflexiones más abiertas y honestas sobre sus experiencias vividas

**Ventajas**: Especialmente útil para poblaciones de difícil acceso o reservadas, el muestreo por referencia es eficaz para ciertos estudios de nicho.

**Desventajas**: El método puede introducir sesgos debido a la dependencia de las referencias de los participantes, y la elección de los participantes iniciales puede influir significativamente en la muestra final.

## Enfoque centrado en las participantes

Se debe adoptar un enfoque centrado en la participante durante todo el proceso de investigación para asegurar que las entrevistas respetaran el nivel de comodidad y los límites personales de cada persona. De esta manera, se busca evitar estereotipar o representar de manera errada la experiencia de una persona.

En ocasiones se entrevista a personas que no consideran valiosa su experiencia. Recuérdeles que su posición es única, ya sea por el trabajo que desempeñó, el periodo en el que lo hizo, y por los recuerdos y emotividades que se desprendieron de estar en un lugar y momento dados, clave para la investigación.

Nunca se deben forzar las preguntas cuando una participante muestra reticencia a abordar un tema en particular.

El ritmo de la conversación debe ser guiado por la participante, no por quien dirige la entrevista.

Se debe mantener una la reflexividad activa para minimizar los sesgos; es decir, quien entrevista debe preguntarse constantemente desde dónde habla la otra persona y de qué manera puede esa experiencia conducir hacia una respuesta sobre el tema en cuestión.

Se debe atender al lenguaje corporal y la interacción de les participantes con su entorno. En caso de una situación inesperada de tensión por factores externos a la entrevista (o incluso derivados de ella) puede ser cauto suspender la entrevista y reprogramar su continuación.

La entrevista deberá incluir una observación participante que ayude a describir el contexto en el que se hace la entrevista y que pueda contribuir a entender la cotidianidad de la entrevistada.

Se debe tenaer cuidado durante las interacciones públicas de manera que se garantice la privacidad y la seguridad de todas las personas involucradas. Por ejemplo, un café puede no ser el espacio ideal para hablar de temas obstétricos.

En casos de investigaciones curatoriales o de otra índole más complejas, puede considerarse presentar una propuesta a un comité de ética, e incluso instituir un protocolo que permita reunir uno para casos regulares.

# Posicionalidad

La posición dentro de la investigación y frente a las personas entrevistadas debe incluir un ejercicio de reflexividad, incluyendo una evaluación subjetiva de la distancia entre las posiciones entre quien entrevista y quien es entrevistada. Para esto es importante identificar potenciales estructuras de dominación que puedan estar en juego. Cada persona ocupará posiciones diferentes dentro de esas estructuras, ya sea en desventaja o al contrario frente a la otra. A esto se le añade un análisis de interseccionalidad; es decir, se debe considerar que puede haber varias estructuras de poder operando al mismo tiempo (y por lo general las hay). Esto permitirá que quien entrevista pueda identificar, empatizar, comprender y redireccionar con mayor facilidad las respuestas frente posibles sesgos.

En caso de no comprender de dónde proviene una posición o respuesta, aproveche la oportunidad para ahondar en la construcción de la percepción de la persona a la que entrevista.

No tema aceptar cuando se equivoca. Pida disculpas, recuérdele a quien entrevista que usted está en una posición distinta que puede dificultarle entender al otro, y enfatice (nuevamente) la importancia de contar con ese testimonio personal.

# III. Protocolo de entrevista

Se propone un diseño modular con una estructura cónica: Se comienza con temas generales para pasar a temas puntuales y/o delicados, y eventualmente al reconocimiento de prácticas excluidas y posibles soluciones.

Cada entrevista debe durar entre 45 y 60 minutos. Las preguntas varían según la tipología de personas a entrevistar. No siempre será posible completar el cuestionario de manera exhaustiva.

Tenga en consideración el tiempo transcurrido. Recuerde a quien está entrevistando antes de la hora que el tiempo inicialmente acordado está por terminar. Según su disponibilidad y la de quien entrevista puede ser posible prolongar la duración del encuentro. Busque hacer preguntas de cierre al menos 15 minutos antes de cumplir el tiempo acordado.

Consulte siempre con la persona entrevistada si tiene disponibilidad para continuar en otro momento la entrevista.

Se comienza recogiendo el *Consentimiento Informado* y/o la *Autorización de Uso de Imagen y Reproducción*. Estos formatos-tipo incluye la introducción y explicación de la investigación y su objetivo. Se debe reiterar que en cualquier momento la persona puede desistir de continuar la entrevista o solicitar que algún aparte sea omitido. Se debe explicitar la posibilidad de anonimizar la entrevista o partes de ella.

Si bien su carácter semi-estructurado exige esquematizar la entrevista en módulos, quien esté entrevistando puede adaptar el orden de las preguntas según vaya evolucionando la conversación.

## **Modulo 1.** Historia personal de contacto/entrada al HSJD

- Identificación personal (opcional)

*Para el personal*

- Rol dentro de la estructura del hospital: especializaciones, cambio en la estructura administrativa, evolución jerárquica durante su vinculación/carrera, interacción entre diferentes instituciones (Universidad Nacional, HSJD-IMI, Beneficencia de Cundinamarca, otras).
- Lugares donde desempeñó sus funciones: identificación de edificios, pabellones, pisos, etc. Tenga a la mano un mapa del complejo hospitalario o incluso del edificio si lo conoce de antemano.
- ¿Cómo llegó a trabajar en el Hospital?
- ¿Cómo evolucionó su trabajo dentro del Hospital (descripción de la jerarquía hospitalaria)?

*Para pacientes y cuidadores*

- ¿Qué tipo de atención recibió? Urgencias, cirugía, tratamiento de corta/larga duración, hospitalización, interno de largo tiempo.
- ¿En qué áreas del hospital le atendieron o tuvo que hacer diligencias?
- ¿Recuerda a alguien en particular que le haya hecho sentir mejor durante su contacto con el hospital?
- ¿Tuvo alguna experiencia difícil/desagradable dentro del hospital?

## **Modulo 2.** Cambios en prácticas y conocimientos

El enfoque acá es en el personal médico-clínico y la administración.

*Para personal médico-clínico:*

- ¿Cómo cambió la práctica clínica durante el tiempo de su vinculación al HSJD?

- ¿Qué avances técnicos, tecnológicos, de cuidado o administrativos recuerda en particular?

- ¿Alguno de estos cambios que ud recuerde le produjeron alguna sorpresa, ya fuera para bien o para mal? ¿Cuáles recuerda que fueron las razones para ese cambio? Por ejemplo, en relación a la evidencia científica, eficiencia, reducción de costos, o la demanda de los pacientes.

- ¿Puede describir un conocimiento o práctica que haya aprendido de un paciente o su familia que haya cambiado su forma de tratar a los demás?

- ¿Recuerda alguna buena práctica o una práctica que recomendaba que hoy no se practique? ¿Qué la reemplazó?

*Para el personal administrativo:*

- ¿Cómo cambió la administración en su dependencia durante el tiempo de su vinculación al HSJD?

- ¿Qué cambios técnicos, tecnológicos, burocráticos o administrativos recuerda en particular?

- ¿Recuerda algunos indicadores de 'éxito' o 'eficiencia' y cómo cambiaron?

- ¿Qué conocimientos adquirió y cuáles no fueron valorados? Cómo se relacionaban con esos indicadores de éxito/eficiencia?

- ¿Recuerda alguna forma no convencional de hacer las cosas o que contravenía alguna norma? (p. ej., horarios de visita flexibles, un espacio para la oración), ¿qué sucede después?

- ¿Cómo se orientaba su quehacer hacia mejorar el bienestar de la comunidad o de los pacientes?

*Para sanadores y sabedores tradicionales:*

- ¿Cómo supo del HSJD y cómo se vinculó a él?

- ¿En qué medida sintió que sus conocimientos o prácticas tuvieron cabida dentro del hospital?

- ¿Tiene algún recuerdo en el que sus prácticas hayan sido bienvenidas o toleradas?

## **Módulo 3**. Saberes y prácticas marginados o excluidos

*Para pacientes y cuidadores familiares:*

- Pregunta inicial: "Además de los tratamientos que los médicos prescriben aquí, ¿qué hacen usted o su familia en casa en relación con su salud/enfermedad? (p. ej., alimentos, rituales, masajes, hierbas, oraciones)."

- ¿Alguna vez el personal de salud le recomendó o exigió que dejara de hacer cierta práctica, pero usted continuó/no le convenció del todo/pudo hacer en paralelo?

- ¿Alguna vez el personal del hospital le ha prohibido alguna práctica curativa? ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo manejó?

- Imagine la atención ideal para su afección: ¿qué incluye que el hospital actualmente no proporciona o prohíbe?

*Para el personal médico-clínico:*

- A veces, los pacientes mencionan prácticas que no se enseñan en la facultad de medicina (p. ej., ventosas, tónicos herbales, imposición de manos). ¿Cómo respondía usted u otro personal? ¿Cuándo ha visto que alguna de estas prácticas realmente ayude a un paciente?

- ¿Existe alguna práctica curativa que usted respete o utilice personalmente, pero que no pueda respaldar oficialmente en su trabajo? ¿Por qué esta discrepancia?

- ¿Qué tendría que cambiar para que usted pudiera integrar de forma segura una práctica tradicional o excluida en un plan de atención?

*Para sanadores y sabedores tradicionales:*

- Describa a un paciente que acude a usted tras haber sido atendido en el hospital. ¿Qué aspectos de la enfermedad de esa persona no comprende el hospital?

- ¿Alguna vez el personal del hospital se ha puesto en contacto con usted? Si es así, ¿cómo fue la experiencia? Si no, ¿qué le gustaría que comprendieran?

## **Módulo 4**: Memoria institucional y olvido

¿Qué forma de atención se practicaba en este hospital, pero ha desaparecido? ¿Por qué se interrumpió?

Análisis de la exclusión estructural: ¿Existen idiomas, creencias culturales o tipos de cuerpo que los sistemas de este hospital parecen incapaces de atender? ¿Puede dar un ejemplo?

### IV. Técnicas de entrevista para datos sensibles

Dado el riesgo de revelar prácticas inseguras o "no aprobadas", es fundamental generar confianza.

Técnica de la *Tercera Persona*: Al preguntar sobre prácticas de curación excluidas, pregunte primero: "Algunos pacientes en otros hospitales/contextos han mencionado el uso de X. ¿Es algo que se suele comentar aquí?" Reconozca que el hospital era de importancia nacional y recibía a personas de todo el país, incluyendo aquellas donde la infraestructura médico-hospitalaria era débil. Para

el personal médico-clínico, recuerde las experiencias del "rural" dentro de su formación. Esto reduce el riesgo de revelar información personal o de romper la construcción de confianza.

Cambio de lenguaje normativo: Mencione explícitamente que existe dicha exclusión. Diga: "Sabemos que cada sistema de salud selecciona ciertos conocimientos y excluye otros. Recuerde que el propósito es identificar saberes/prácticas que se omitieron, no juzgar si era bueno o malo".

Protocolo de seguridad del personal: Para el personal clínico, plantee las preguntas sobre prácticas excluidas como fallas del sistema, no personales. Por ejemplo, "¿Qué políticas o limitaciones del espacio dificultaban respetar alguna tradición curativa o creencia de un paciente?".

Validación posterior a la entrevista: Finalice cada entrevista con: "¿Hay algo que le daría miedo decir si su supervisor o médico escuchara esta grabación?". Procure el anonimato.

## V. Plan de análisis y síntesis

| Tema | Fuente | Análisis |
|---|---|---|
| **Conocimientos institucionales vs. vernáculos** | Compare indicadores administrativos (Modulo 2) vs. Prácticas de pacientes (Modulo 3) | Rastrea conflictos del conocimiento.<br>Posibles repercusiones en adherencia al tratamiento. Posible duplicación de la carga laboral/estrés laboral.<br>Posible desperdicio/consecuencia ambiental. |

| Tema | Fuente | Análisis |
|---|---|---|
| **Mecanismos de exclusión** | Respuestas de personal del tipo "yo no podía" + Entrevistas a sabedores | Identificación de razones/razonamientos sobre la exclusión (ley, responsabilidad, adecuación, cultura o jerarquía). |
| **Cambios** | Recuerdos de prácticas pasadas del personal | Tipología de cambios *impuestos* (jerárquicos, arriba hacia abajo), *emergentes* (de los pacientes hacia arriba), o *erosión* (deterioro o falta de recursos). |
| **Coaliciones silenciosas** | Prácticas comunes entre pacientes, cuidadoras y/o personal | Busque prácticas que ocurran a pesar de las normas del hospital (por ejemplo, el contrabando familiar en la medicina tradicional). Estas son prácticas "excluidas pero vivas". |

## VI. Consideraciones éticas específicas para este diseño

Garantizar la privacidad, ya sea de una persona individual o en un grupo (por ejemplo, un grupo focal). Cuando lo amerite se utilizarán notas manuscritas que se transcribirán inmediatamente.

Para los curanderos tradicionales: No se les pedirán nombres de plantas o hierbas que puedan estar protegidas por propiedad intelectual o por motivos culturales. Se les preguntará por su función (por ejemplo, "un té para la fiebre").

Para el personal de enfermería y administrativo: No se les pedirá que nombren a médicos específicos que hayan rechazado las prácticas curativas de los pacientes. Se les pedirá que describan "una situación que hayan observado".

Esta estrategia generará datos valiosos no solo sobre lo que se excluye, sino también sobre cómo se reproduce la exclusión a diario, cómo se negocia la inclusión y la supervivencia de prácticas y saberes, y dónde podrían existir focos de integración.

# Identificación de actores que preservan prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas [borrador].

En esta sección se identifican representantes de diferentes comunidades presentes en Bogotá, cuyos saberes durante el siglo XX no han formado parte de los saberes médicos dominantes y formalmente institucionalizados. Si bien se ha venido trabajando en el reconocimiento de otras maneras de entender y practicar la relación salud-enfermedad, los cuidados y el bienestar, es desde el reconocimiento de su marginación y el derecho y necesidad de resarcir este legado.

Existen comunidades consideradas minoritarizadas, es decir, cuyas poblaciones, sus conocimientos y prácticas han sido sujetas a procesos de marginación y han sido clasificadas como "minorías". Entre ellas y en Bogotá se encuentran varias comunidades indígenas, como la Muisca, Inga, Emberá, comunidades Afrocolombianas, Palenqueras, Raizales, y la comunidad Rrom. Particular a cada una de ellas son sus saberes y prácticas asociadas a la salud y enfermedad que no siempre coincidieron con los saberes alopáticos durante el siglo XX o épocas anteriores. De manera similar, los practicantes de Terapias Alternativas en Colombia, y en Bogotá específicamente, han sido históricamente marginadas por un sistema de salud que, durante el siglo XX, privilegió un modelo biomédico hegemónico, de carácter occidental y centralista. Esta exclusión se estructuró a través de una combinación de políticas estatales, prejuicios sociales y barreras institucionales que sistemáticamente desconocieron, subvaloraron o criminalizaron sus sistemas de conocimiento y prácticas de cuidado.

Un mecanismo central fue la imposición de la medicina alopática como la única práctica legítima, lo que relegó a la medicina tradicional y a sus terapeutas a un plano de ilegitimidad o charlatanería. La discriminación estructural contra los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom exacerbó esta situación (Bello Rangel 2002). Esto terminó traduciéndose en un acceso desigual y de menor calidad a los servicios de salud, mientras sus propios sistemas médicos eran desarticulados. En Bogotá, la exclusión se manifestó en la inequidad en el acceso a los servicios para las poblaciones étnicas y en la invisibilización e incluso borramiento de sus prácticas ancestrales en un entorno predominantemente mestizo. A esta marginación se

sumó la persecución judicial y gremial hacia los homeópatas y otros terapeutas alternativos durante buena parte del siglo.

En reconocimiento de esta situación de desigualdad en derechos, el Estado colombiano y distrital han desarrollado una normativa encaminada a reconocer la situación, concertar e implementar medidas correctivas y reparadoras. En línea con el Convenio 169 de la OIT de 1989 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, aprobado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, exige el reconocimiento de formas de salud propia y la necesidad de que los sistemas de salud se organicen respondiendo a sus necesidades sociales, económicas y culturales (Parte V). En particular, su artículo 25 menciona explícitamente que "la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país". Colombia, además, ha institucionalizado un modelo público especial para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, que llama Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, SISPI (Ley Estatutaria 1751 de 2015, Decreto Nacional 968 de 2024, Decreto Nacional 480 de 2025.)

Así, el país se ha comprometido con el "reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global" (Ley 1751 de 2015, artículo 6.*l*) En ese sentido, el museo del HUSJDMI constituye una oportunidad para que haya un espacio que facilite el diálogo entre comunidades, conocimientos y prácticas minoritizadas y la prestación de servicios de salud que tendrá lugar dentro del predio de La Hortúa. De igual manera, este espacio busca potenciarse como lugar de construcción de culturas de paz y reconciliación.

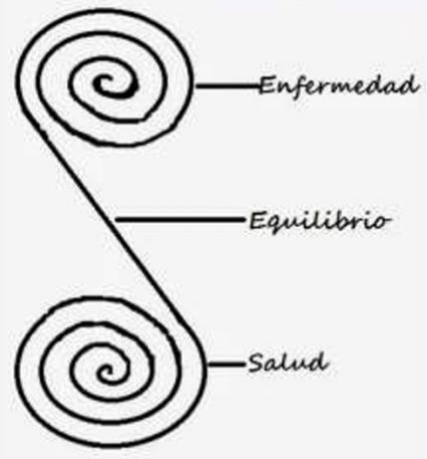
Se reconoce la existencia de espacios encaminados crear diálogos de saberes entre las medicinas, saberes y prácticas ancestrales, complementarias, alternativas e integrativas con las alopáticas. El museo busca sumarse a esos espacios y contribuir a su fortalecimiento y constitución en red. A continuación, se esgrimen brevemente perfiles de la marginación de saberes y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad de algunas de estas comunidades.

# Algunas comunidades reconocidas como *indígenas* con presencia en Bogotá

En Bogotá residen varias poblaciones autorreconocidas como indígenas, asociadas y organizadas en relación con el reconocimiento de sus derechos y salvaguardar sus modos de vida en el contexto urbano.

Se han creado espacios de diálogo entre las autoridades indígenas y las distritales, en particular la Mesa Indígena de Bogotá, donde 14 comunidades sostienen una plataforma de gobierno autónomo, así como las mesas locales indígenas que se han instaurado en distintas localidades. Se reconoce también una instancia similar del ámbito nacional oficializada mediante el Decreto 1397 de 1996 para la participación, diálogo y concertación entre los Gobiernos Indígena y nacional.

En años recientes el distrito ha apoyado la realización de talleres de saberes de Medicina Ancestral con comunidades locales e interétnicas, apoyando la participación e integración de las comunidades, sus prácticas y saberes relacionados con la salud.



# Pueblo Muisca

Se quiere resaltar la importancia de esta comunidad como vinculada a quienes poblaron el territorio donde hoy se erige el HUSJDMI. El pueblo Muisca, originario de la sabana de Bogotá, sostuvo procesos de aculturación desde la colonia, donde sus sabedores fueron perseguidos, así como sus instituciones médico-religiosas desaparecieron, dejando pocas huellas en generaciones posteriores. Durante el siglo XX, este proceso continuó con la imposición del español como lengua, así como la pérdida y transformación de parte de sus manifestaciones rituales y culturales[1]. No obstante, su cosmología no solo ha sobrevivido, sino que se mantiene activa, en particular desde procesos de afirmación identitaria después de la Constitución Política de Colombia de 1991. Este ha sido un proceso que incluye la revitalización de saberes y prácticas sobre el cuerpo, la salud/enfermedad y los cuidados, incluyendo conocimientos sobre el uso de plantas medicinales y enfermedades tradicionales. Han persistido de forma resiliente en resguardos como el de Cota, donde se documenta su vigencia a pesar de la historia de pérdida cultural, evidenciando una lucha constante por recuperar sus saberes ancestrales.

En respuesta al despojo territorial y la aculturación, diferentes comunidades en Bogotá y sus alrededores se han organizado en cabildos como los de Suba, Bosa, Cota, Sesquilé que a su vez se articulan en el Cabildo Mayor Muisca Chibcha Bacatá, creado en 1999 para la defensa de sus territorios y su identidad. Cabe resaltar el esfuerzo de recuperación, compilación, depósito y difusión de saberes adelantado con la Biblioteca digital Abuelo Jose Bulla Piracún, haciendo de libre acceso textos como *Ucta Hizcac Muisqa (Huerta Medicinal Muisca)*.

Se reconoce el trabajo adelantado por el Cabildo de Bosa respecto al desarrollo de un sistema de salud propio. En el *Plan de Vida* de la comunidad Muisca de Bosa, "Palabra que protege la semilla", se reconocen 7 estantillos/pilares, uno de los cuales se titula "Salud y medicina tradicional".realiza una revisión histórica, un diagnóstico y una proyección comunitaria identificado en tres etapas: el Arado, el Alistamiento de la semilla y el sembrado.

[1] Como señala Langebaek, el origen chibcha de la población muisca andina la emparenta con otras poblaciones, y sugieren cosmologías y prácticas compartidas, que se estiman habitan y/o habitaron Centroamérica, la Sierra Nevada de Santa Marta y los Andes orientales (2024:58).

**Pueblo Inga**

Los conocimientos médicos del pueblo Inga, especialmente reconocidos por su manejo del yajé y su amplio uso de plantas medicinales, fueron marginados por el sistema de salud hegemónico, que los consideró prácticas supersticiosas o ilegales. Sin embargo, los Inga han mantenido vivo su sistema de salud propio, manejando sus prácticas curativas y de gobierno. La marginación se tradujo en la falta de reconocimiento oficial y en la constante amenaza de que sus conocimientos fueran cooptados o descontextualizados, en un contexto donde la comercialización de tradiciones como el yajé representa un nuevo peligro para su integridad cultural.

Originarios del Valle de Sibundoy (Putumayo), su migración a Bogotá se ha intensificado en las últimas décadas. Su organización política se basa en la figura del cabildo, una institución propia que guía sus procesos de gobierno y justicia. Si bien no hay un reconocimiento formal, su comunidad en Bogotá realiza encuentros periódicos. Al rededor de varios centros de Salud (la hoy iglesia de San Juan de Dios, antigua sede del hospital) y del Hospital San José se ubican varios puestos de venta de medicina ancestral inga, con uniformidad de precios y formatos.

**Pueblo Emberá**

La marginación de los conocimientos médicos Emberá se centra en la figura del Jaibaná, quien actúa como médico tradicional, autoridad espiritual y guardián del territorio. El sistema de salud occidental ignoró sistemáticamente esta cosmovisión, donde la salud está ligada al equilibrio con la naturaleza y los espíritus. Esta exclusión ha tenido consecuencias dramáticas, exacerbadas por el desplazamiento forzado y la segregación socioespacial que han afectado profundamente su salud física y mental. En entornos urbanos como Bogotá, donde muchos Emberá han llegado desplazados, sus prácticas y su sistema médico propio se enfrentan a la incomprensión y a barreras culturales casi insalvables.

Provenientes principalmente del Chocó y Risaralda, han llegado a Bogotá mayoritariamente en condición de desplazamiento por el conflicto armado. Su organización política, como la de otros grupos emberá en el país, recae en la figura del cabildo, la cual han adaptado para la defensa de sus derechos en el

contexto urbano, constituyendo organizaciones como la Organización Regional Emberá Wuanana (OREWA). El equipo del espacio cultural Esquina Redonda está trabajando con la comunidad que se reúne en La Rioja.

# Comunidades Afrobogotanas

Los conocimientos de salud de las comunidades afrocolombianas, que entrelazan rezos, comidas, plantas y rituales, fueron estigmatizados por siglos bajo el rótulo de "brujería" o "curanderismo" por la medicina hegemónica. Esta marginación se profundizó durante el siglo XX, perpetuando brechas en el acceso a servicios básicos de salud. La Corte Constitucional ha avanzado en el reconocimiento de prácticas como la partería afro como servicios de salud legítimos, aunque su protección ha pasado de un plano simbólico a uno sustantivo, la implementación de políticas interculturales efectivas sigue siendo un reto.

Migrantes de diversas regiones, principalmente del Pacífico y el Caribe colombiano, han conformado una compleja red organizativa en Bogotá. Su lucha se articula en instancias como la Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas (CNOA) y otras organizaciones como la Red de Mujeres Afrocolombianas KAMBIRI y la Mesa Nacional de Mujeres Negras, entre muchas otras.

En concertación con la Secretaría Distrital de Salud las comunidades negras de Bogotá han desarrollado la *Estrategia Kilombo* que busca activar, visibilizar y fortalecer la medicina ancestral afro y sus cosmovisiones asociadas. El museo, reiterando su labor como tejedor de paz mediante el reconocimiento del patrimonio cultural inmaterial, que incluye los saberes, prácticas y cosmovisiones de las comunidades en Bogotá. Hay Kilombos activos en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Rafael Uribe Uribe, Chapinero, Kennedy, y Usme.

### Comunidades Palenqueras

Para el pueblo Palenquero, la salud es un concepto comunitario y alegre, ligado a la unidad y a rituales específicos. Este enfoque fue marginado por un sistema de salud individualista y clínico. La exclusión se manifestó en el racismo y los estereotipos que enfrentan fuera de San Basilio de Palenque, lo que llevó a que su

medicina tradicional, rica en rezos, plantas y prácticas comunitarias, fuera silenciada en los entornos hospitalarios. A pesar de ello, sus prácticas han resistido y hoy son valoradas como parte de su identidad cultural, con iniciativas para fortalecer sus estructuras ancestrales en salud.

Originarias de San Basilio de Palenque (Bolívar), su presencia en Bogotá ha crecido en las últimas décadas. Su principal espacio de organización y encuentro en la ciudad es la Posá Wiwa ("Casa Wiwa"), un centro de orientación y fortalecimiento cultural inaugurado en 2021, que funciona como una casa de atención para la comunidad

**Comunidades Raizales**

Los conocimientos de salud Raizal se basan en una comprensión holística que asocia la salud humana a la "salud de los sistemas eco-culturales" y a la conexión con el mar. Esta cosmovisión fue marginada por el estado colombiano, cuyo sistema de salud centralista y continental ignoró por completo sus particularidades insulares y su relación con el entorno marino. Al igual que otras comunidades afro, sus prácticas ancestrales han sido subvaloradas y sus territorios, afectados por megaproyectos, han puesto en riesgo los ecosistemas de los que depende su medicina tradicional.

Provenientes del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, su migración a Bogotá los ha llevado a organizarse para defender sus derechos y su identidad cultural. Un hito en este proceso fue la *Política Pública del Pueblo Raizal en Bogotá*, adoptada mediante el Decreto 554 de 2011 y reformulada en 2024 para el período 2024-2036

# Pueblo Rrom

Los conocimientos de salud del pueblo Rrom, caracterizados por una estrecha relación con sus prácticas culturales nómadas y una visión holística del bienestar, fueron marginados por un sistema de salud estatal percibido como ajeno y hostil, adicional de otros procesos de exclusión estatal y social. La desconfianza hacia el Estado y el temor a perder su autonomía fomentaron un "silencio" que limitó el diálogo intercultural y relegó sus saberes a la esfera privada. Esta exclusión se vio

agravada por la discriminación y los estereotipos sociales que han sufrido históricamente, lo que generó barreras adicionales para que sus prácticas fueran reconocidas e integradas en los sistemas de salud locales, incluido Bogotá, donde residen grupos importantes.

# Practicantes de Terapias Alternativas, Complementarias e Integrativas

Las *Terapias Alternativas, Complementarias e Integrativas* como la homeopatía, la acupuntura o la terapia neural, entre muchas otras, fueron sistemáticamente marginadas durante el siglo XX por la medicina académica. Los homeópatas, por ejemplo, lucharon en un campo subordinado a la medicina universitaria, debiendo defender judicialmente su "derecho adquirido" a ejercer frente a la constante reprobación oficial. Si bien en el siglo XIX se fundó la Sociedad Homeopática Colombiana y recibió reconocimiento, entre finales del siglo y principios del XX fue eclipsada por la medicina alopática, en particular su vertiente francesa y luego norteamericana. No fue sino hasta las últimas décadas del siglo XX, en la década de los 70, que prácticas como la acupuntura y la terapia neural comenzaron a ganar un espacio incipiente en Colombia y en la de los 90 comienza a incorporarse nuevamente dentro de la enseñanza universitaria. Esta marginación persistió hasta finales de siglo, cuando el Ministerio de Salud comenzó a regularlas, aunque siguen siendo vistas con escepticismo por amplios sectores de la medicina convencional.

Terapias Alternativas: Las personas y asociaciones que practican estas terapias en Bogotá se han organizado en gremios profesionales, principalmente desde finales del siglo XX. Entre las más destacadas se encuentran la Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas (AMIT) y la Asociación Médica Colombiana de Acupuntura y Moxibustión (ASOMCOLAM), fundada en 1984. La Universidad del Rosario, en su Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, mantiene una línea de educación continuada sobre terapias alternativas.

# Referencias


- Bello, Alvaro, y Marta Rangel. (2002). La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe, *Revista de la CEPAL*, 76:39-53.
- Cabildo Indígena Muisca de Suba https://www.subamuisca.com.co/
- Cabildo Mayor Muisca Chibcha Bacatá, https://cabildomayormuiscachibchabacata.home.blog/
- Colombia, Presidencia. (1996, agosto 12). Decreto 1397 de 1996, por el cual se crea la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas y se dictan otras disposiciones, *Diario Oficial*, CXXXII. (42853), 3.
- DNP y Ana Dalila Gómez Baos (2010). *Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar*, Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación.
- Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal de Bogotá
- Langebaek, K.H. (2024) *Los Muiscas: La historia milenaria de un pueblo chibcha*,
- MPC, Mesa Permanente de Concertación, https://www.mpcindigena.org/quienes-somos/
- Viáfara-López, Carlos Augusto; Glenda Palacios-Quejada y Alexander Banguera-Obregón. (2021). Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study, *Rev Panam Salud Publica*, 45: e18-26, https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18

# Protocolo de Anonimización

Para cumplir a cabalidad con los compromisos éticos del proyecto se ha desarrollado el protocolo que se presenta a continuación. Se divide en cuatro etapas: una primera de preparación que incluye consentimientos informados y un plan de recolección de información; una segunda es el proceso de entrevista; le sigue la anonimización a posteriori; y se hacen consideraciones sobre un repositorio de la información recopilada.

## Etapa 1. Preparación previa a la entrevista

- **Consentimiento informado**: Se prepara un consentimiento informado en el que se solicita explicitar si la participación se hará o no de manera anónima. Allí se explica de cómo se mantendrá el anonimato, en particular, mediante el uso de pseudónimos y la sustracción de información de identificación.
- **Plan de recolección de información**: Discusión previa sobre el tipo de información que debe considerarse sujeta a anonimización (por ejemplo, nombres, lugares, puestos de trabajo).

## Etapa 2. Durante la entrevista

- **Evitar identificadores**: Se debe evitar la mención de nombres, direcciones u otra información de identificación.
- **Hacer uso de generalización**: En lugar de preguntar "¿Para qué empresa trabaja?" se preguntará, "¿Puede describir el tipo de organización en la que trabaja?"

## Etapa 3. Anonimización posterior a la entrevista

***A. Transcripción y redacción***

- Se utilizan pseudónimos en lugar de nombres reales. Por ejemplo, se pueden utilizar nombres como "Ruth" u ordenamientos secuenciales como "Entrevistade 1, Entrevistade 2, etc."
- Alguna información está sujeta a eliminación o modificación:
    - **Identificadores personales**: nombre, edad, fecha de nacimiento.
    - **Identificadores geográficos**: por ejemplo, algunas poblaciones, vecindarios o espacios laborales.

- **Detalles institucionales**: Nombres de colegios o empresas, por ejemplo, pueden reemplazarse por "entidad educativa" o "entidad pública".
- **Otras descripciones que puedan resultar únicas:** Por ejemplo, "La primera profesora de la Institución X" puede generalizarse a "Se percibía como una minoría en el trabajo".

***B. Anonimización contextual***

- Se debe revisar si existen identificadores indirectos que delatan la identidad.
- En consecuencia, sin que se pierda el significado, se deben modificar algunos detalles menores. Por ejemplo, en vez de "un enfermero" puede hablarse de "un profesional de la salud".

## Etapa 4. Almacenamiento de datos y datos compartidos

- **Almacenamiento seguro**: El material audiovisual original se mantendrá en una locación con acceso privilegiado en un espacio que determine el área responsable dentro del Ministerio.
- **Versiones anonimizadas para análisis**: Se debe trabajar solo con transcripciones anonimizadas.
- **Uso compartido de datos**: Cuando se comparta información, solo debe hacerse cuando está contenida en versiones anonimizadas.

## Informes

- Toda publicación u otro formato de comunicación debe enunciar de manera clara el proceso de anonimización. Por ejemplo, es común encontrar la advertencia, "Todos los nombres y datos de identificación han sido modificados".

## Precauciones

- **Anonimización extrema**: Se elimina más información de la necesaria para conservar el significado.
- **Inconsistencia en el uso de pseudónimos**: Debe haber consistencia en su uso en todos los documentos de un corpus para evitar confusiones.
- **Metadata**: La información que puede estar contenida en los archivos digitales pueden incluir información como nombres de autor, geolocalización (etiquetas GPS). Esta información debe revisarse en

las “propiedades de archivo” de cada archivo en el reservorio documental.

## Herramientas para la anonimización

- **Herramientas de búsqueda de texto: Los editores** de texto suelen incluir herramientas de “Buscar y Remplazar” cadenas de texto para la encontrar algunos identificadores de manera sistemática y modificarlos o eliminarlos.

## Consideraciones éticas y legales

- Garantizar el cumplimiento de las normativas supra-institucionales (del Ministerio, del Estado).
- **Excepciones**: En ciertos casos la anonimidad no es necesaria. Es el caso de figuras públicas. También puede resultar un proceso innecesario cuando la persona ha dado su consentimiento de aparecer bajo su nombre. No obstante, puede resultar necesario anonimizar un testimonio, aún cuando exista consentimiento explícito de la persona, según las consideraciones éticas de quienes manejan la información. Esta evaluación debe hacerse caso por caso.

## Formato de consentimiento informado

**Introducción de investigador/a:**

Este formulario está diseñado principalmente para entrevistas cualitativas con personas adultas sobre saberes, memorias y prácticas vivas asociados a comunidades étnicas, portadores y sabedores, tales como medicina tradicional, terapéuticas integrativas, alimentación y cuidado, realizadas por miembros del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

El equipo de investigación conservará una copia del formulario de consentimiento firmado tanto por algún miembro del equipo como por el participante. El consentimiento debe volverse a declarar al momento de realizar la entrevista, adicional a que la persona haya firmado este formulario.

La información que usted nos dé durante este proceso contribuirá a preservar el patrimonio material, inmaterial y ambiental del HUSJDMI y de Colombia.

**Participación Voluntaria:**

Usted no está en la obligación de participar en esta entrevista. Si decide participar parcialmente, no participar o si decide suspender su participación en cualquier momento, esto no le generará ningún perjuicio. Algunas de las preguntas pueden cubrir temas que son incómodos para usted. Usted no tiene que responder a todas las preguntas. Usted podrá suspender la entrevista en cualquier momento que lo desee.

**Confidencialidad:**

Toda la información que usted comparta en este estudio es confidencial. En ningún momento se revelará su nombre o identidad sin su autorización, así como tampoco se revelarán sin consentimiento datos individuales, pues

estos serán estrictamente de uso interno de la Subdirección de Patrimonio del HUSJDMI. La información recolectada podrá ser utilizada para elaborar insumos documentales para apoyar la gestión patrimonial del HUSJDMI y reposará bajo custodia de esta institución durante el tiempo de planeación y desarrollo del Museo de Prácticas Vivas Ancestrales y Terapéuticas Integrativas.

Usted puede optar por participar con total anonimidad o dar su consentimiento para que su identidad sea asociada con la información que nos suministre. La información se registrará en formato audiovisual.

Si tiene alguna pregunta durante o después de que termine su participación, usted puede llamar a:

Ingrid Morris
Cel: +57 333 245 6876
Correo-e: imorris@husjdmi.gov.co

En caso de presentarse algún problema asociado al proyecto, usted también puede contactar a
Subdirección de Patrimonio del HUSJDMI.

Recuerde también que, para ejercer su derecho de *Habeas Data*, usted puede dirigir cualquier petición al correo notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

# Consentimiento:

Yo [nombres y apellidos] con documento de identidad [tipo] _____ [número] acepto participar voluntariamente en esta investigación de manera:

ANÓNIMA ☐
PÚBLICA ☐

Indique con una X su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Podemos usar la información que usted nos brinde en nuestro proyecto?

Sí _____ No_____

¿Podemos grabar las actividades en audio o video? (En caso afirmativo, usted participará en la selección del material audiovisual)

Sí _____ No_____

¿Podemos publicar la información que obtengamos de usted para el proyecto en nuestros planes de difusión?

Sí _____ No_____

¿Podemos publicar fotografías en las que usted aparezca, mapas y otra información? (En caso afirmativo, usted participaría en la selección del material a publicar: fotografías, mapas, etc.)

Sí _____ No_____

_____
Firma del participante
Fecha y lugar

**Documento de autorización para el uso de derechos de imagen sobre fotografías y fijaciones audiovisuales, y de propiedad intelectual, otorgado al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, Ministerio de Salud.**

| |
|---|
| Yo, **[Nombres y Apellidos]** |
| con **documento de identidad [tipo y número]** |

Como persona natural, por medio del presente documento, otorgo autorización expresa del uso de los derechos de imagen reconocidos por la Constitución Política de Colombia. La autorización se regirá por las normas legales aplicables y en particular por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA.** Autorización y objeto. Mediante el presente instrumento autorizo al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, Ministerio de Salud**,** para que haga uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos junto a fotografías, procedimientos análogos a las fotografías y producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos Patrimoniales y Derechos de Autor, los Derechos Conexos y, en general, todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

**SEGUNDA.** Alcance de la autorización. La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas y se extiende a la utilización en medios electrónicos, ópticos, magnéticos, en redes (Intranet e Internet), mensajes de datos o similares y, en general, para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de terceros designados para tal fin.

**TERCERA.** Territorio y exclusividad. Los derechos aquí autorizados se otorgan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma, la autorización de uso aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, Ministerio de Salud**,** se reserva el derecho de otorgar autorizaciones de uso equivalentes en los mismos términos a favor de terceros.

**CUARTA**. Derechos morales. El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, Ministerio de Salud, dará cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos morales de autor, los cuales seguirán radicados en cabeza de su titular.

Para constancia de lo anterior, el presente instrumento se firma y otorga en la ciudad de _____, en la siguiente fecha _____ .

_____

**Firma de autorización**