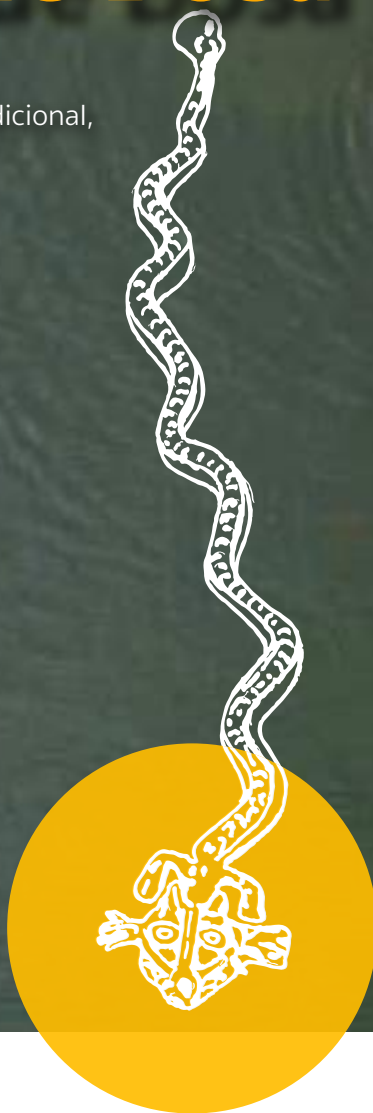


Caracterización de la Comunidad Muisca de Bosa

Fortalecimiento de los usos y
costumbres de la medicina tradicional,
partería e interculturalidad.



**Cabildo Indígena
Muisca de Bosa**



SECRETARÍA DE
SALUD



Caracterizacion de la comunidadd Muisca de Bosa
Sobre el fortalecimiento de los usos y costumbres de la
medicina tradicional, partería e interculturalidad
ISBN 978-958-52637-3-4

Documento de caracterización de la Comunidad
Muisca de Bosa sobre el fortalecimiento de los usos y
costumbres de la medicina tradicional y partería y la
interculturalidad, según el Anexo N° 4 Documento Técnico
Operativo y Anexo N° 5. Plan de Trabajo

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Carlos Fernando Galán
Alcalde Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud
Gerson Orlando Bermont Galavis
Secretario Distrital de Salud

Julián Alfredo Fernández Niño
Subsecretario de Salud Pública

Maria Belén Jaimes Sanabria
*Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en
Salud Colectiva*

Andrea Yiset López Hernández
*Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud
Pública*

Daniel Mateus Arciniegas
Irlena Salcedo Pretelt
Any Mercedes Suarez Gómez
Raúl Enrique Tuntaquimba Mesa
*Apoyo Técnico Subdirección de Gestión y Evaluación de
Políticas en Salud Pública*

Cabildo Indígena Muisca De Bosa (CIMB)
David Felipe Henao Neuta
Gobernador

Autoridad del Estantillo
de medicina tradicional y salud – Sabedor
José Reinel Neuta Tunjo

Autoridades tradicionales 2024 - 2025

Ingrit Yolima Neuta Palacios
Leydy Dayán Neuta Palacios
Martha Liliana Tunjo Lopéz
Equipo coordinador

Jennifer Paola Enciso Rodríguez
Santiago Valencia Rico
Equipos técnico

Gloria Stella Neuta Neuta
Adriana Alejandra Garibello Manrique
Deisy Virley Contreras Márquez
Equipo de apoyo

William Alberto Garibello Sáenz
Diseño y fotografía

“ Todo lo que existe sobre la Hystcha Guaia (Madre Tierra) tiene vida, y al tener vida
también tiene un espíritu; partimos de que todos somos alimentados por ella y
parte de ella. Las sabedoras, sabedores, médicas, médicos y parteras de la
comunidad reconocen que hay gente planta, gente piedra, gente animal, gente aire,
fuego, agua, tierra, muchos espíritus vivos que, desde el inicio de la creación de la
Hystcha Guaia, son guardianes de los territorios, los animales, y todos los seres que
habitamos sobre la Madre.”

Cabildo Indígena Muisca de Bosa,
Conceptos de medicina y partería, 2024

Contenido

Introducción	6
Justificación	8
Antecedentes	9
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Metodología	13
Técnicas e instrumentos	13
Procedimiento	15

Capítulo I		
Comuneros y comuneras en el territorio ancestral Muisca de Bosa	18	
1.1. Kyqa: territorio ancestral Muisca de Bosa, lugar de afectaciones, resistencias e inequidades en la accesibilidad en salud	19	2.1.8. Consumo de SPA 53
		2.1.9. Autocuidado, prevención de las enfermedades y adherencia a los tratamientos 54
		2.1.10. Conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral y partería y sus barreras 58
1.2. Características territoriales actuales	22	2.2. Partería 61
		2.2.1. Sección individual 62
		2.2.2. Sección familiar 69
1.3. Mhuysqas: gente de medicina	26	
1.3.1. Momento de curso de vida y sexo	26	2.3. Territorio 71
1.3.2. Estado civil	28	2.3.1. Sección individual 72
1.3.3. Régimen de aseguramiento y EAPB	28	2.3.2. Sección familiar 74
1.3.4. Ingresos	29	
1.3.5. Ocupación	30	2.4. Espiritualidad y pensamiento propio 81
1.3.6. Orientación sexual	31	2.4.1. Sección individual 81
1.3.7. Población diferencial	32	2.4.2. Sección familiar 83

Conclusiones	32	2.5. Gobierno y justicia propia 88
		2.5.1. Sección individual 89

Capítulo II		
Características socio-epidemiológicas de la comunidad Muisca de Bosa	33	
2.1. Medicina tradicional y salud	34	2.6. Economía y sustentabilidad propia 94
2.1.1. Personas con discapacidad	35	2.6.1. Sección individual 95
2.1.2. Personas dedicadas a la labor de cuidado	38	2.6.2. Sección familiar 96
2.1.3. Impacto covid-19	40	
2.1.4. Desarmonías crónicas	41	2.7. Cultura 102
2.1.5. Atención primaria y vacunación	43	2.7.1. Sección individual 102
2.1.6. Salud sexual y reproductiva	46	2.7.2. Sección familiar 105
2.1.7. Salud mental	50	2.8. Educación propia 107
		2.8.1. Sección individual 108
		2.8.2. Sección familiar 111

Capítulo III		
Tejido de problemas y estantillos	113	Tabla 6. Tipo de vínculo del cuidador con la persona cuidada, Comunidad Muisca de Bosa 2023-2024 39
3.1. Estantillo de medicina tradicional y salud	116	
3.2. Partería	120	Tabla 7. Tiempo transcurrido desde la realización del tamizaje para cáncer de próstata, cuello uterino y mama, Comunidad Muisca de Bosa 48
3.3. Estantillo de Territorio	123	Tabla 8. Distribución de la población encuestada según el tipo de medicina a la que consulta 54
3.4. Estantillo de Espiritualidad y pensamiento propio	126	Tabla 9. Reconocimiento de las enfermedades propias en la comunidad Indígena Muisca de Bosa 59
3.5. Estantillo de Economía y sustentabilidad propia	129	Tabla 10. Causas del desconocimiento de la medicina ancestral y partería en la comunidad 60
3.6. Estantillo de Gobierno y justicia propia	131	Tabla 11. Tipo de método de regulación de la fecundidad 69
3.7. Estantillo de Cultura	134	Tabla 12. Sitios sagrados de la Comunidad Muisca de Bosa, desagregados por función o poder, y ubicación general 72
3.8. Estantillo de Educación propia	136	Tabla 13. Tipo de acción de protección/defensa del territorio realizada 73

Conclusiones	139	Tabla 14. Lugar de residencia en los últimos cinco años, Comunidad Muisca Bosa 74
Recomendaciones	142	Tabla 15. Afectaciones sufridas a nivel familiar por la contaminación del rio Tunjuelito y Bogotá 80
Referencias bibliográficas	156	Tabla 16. Presencia de síntomas de desarmonías espirituales y de pensamiento (salud mental) a nivel individual y colectivo 82
Anexos	161	Tabla 17. Razones por las que no usaría medicina ancestral 17
1. Encuesta	161	Tabla 18. Finalidad de la realización de limpiezas, sahumerios u otras prácticas ancestrales en su casa 84
2. Plan de análisis (Ms Word)	161	Tabla 19. Enfermedades por las que han fallecido los miembros del núcleo familiar 85
3. Matriz de análisis (Ms Excel)	161	Tabla 20. Presencia de barreras de accesos a los servicios de salud 90

LISTA DE TABLAS		
Tabla 1. Problemas en salud identificados por la Comunidad Indígena Muisca de Bosa	14	Tabla 21. Actividades que motivarían a los mayores de 14 años a participar en el cabildo 91
Tabla 2. Distribución de la población caracterizada por momento de curso de vida y sexo, años 2023 y 2024	27	Tabla 22. Actividades del cabildo en las que participa o ha participado 92
Tabla 3. Distribución de la población Muisca de Bosa caracterizada según EAPB a la que pertenece, 2023-2024	29	Tabla 23. Mecanismos propios que identifican los mayores de 14 años para la resolución de problemas internos y externos (personales, familiares, comunitarios) 93
Tabla 4. Distribución de la población pueblo Muisca de Bosa, según su orientación sexual, 2023-2024	31	
Tabla 5. Población diferencial caracterizada en la comunidad Muisca Bosa, años 2023-2024	32	

Tabla 24. Celebraciones tradicionales o culturales que se recuerdan	104	Mapa 12. Perfil económico familias músicas ingresos menores a 1 salario mínimo vigente y estratificación localidad Bosa.	99
Tabla 25. Realización de prácticas culturales	104		
Tabla 26. Espacios propios qué le gustaría encontrar el Cabildo	105		
Tabla 27. Nivel educativo de acuerdo con el sistema educativo occidental	108	LISTA DE FOTOGRAFÍAS	
Tabla 28. Personas estudiando actualmente en el sistema educativo occidental según momento de curso de vida	109	Fotografía 1. Rigoberto Neuta Tunjo - Médico Tradicional Comunidad Indígena Muisca de Bosa, en Casa Sagrada Qusmuy, 2023	34
Tabla 29. Motivo de desescolarización en comuneros y comuneras entre 5 - 18 años	110	LISTA DE GRÁFICOS	
Tabla 30. Nudos problemáticos de la caracterización	115	Gráfico 1. Estructura componentes encuesta de caracterización, 2023-2024	13
		Gráfico 2. Ingresos mensuales en SMLMV por momentos de curso de vida, Comunidad Muisca de Bosa 2023-2024	30
		Gráfico 3. Distribución de la población Muisca de Bosa de acuerdo con su ocupación y momento de curso de vida, 2023-2024	31
		Gráfico 4. Distribución de comuneros según tipo de discapacidad y momento de curso de vida, 2023-2024	35
		Gráfico 5. Frecuencia de descanso del cuidador dentro del ejercicio de su labor, Comunidad Muisca de Bosa, 2023-2024	39
		Gráfico 6. Tipo de secuelas de la infección por COVID-19, Comunidad Muisca Bosa	40
		Gráfico 7. Comparación de la frecuencia de última asistencia a servicios de medicina general y odontología, Comunidad Muisca de Bosa	43
		Gráfico 8. Comparación de la frecuencia de última asistencia a otros servicios de salud, Comunidad Muisca de Bosa	45
		Gráfico 9. Número de parejas sexuales durante el último año	47
		Gráfico 10. Porcentaje de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la ETS	47
		Gráfico 11. Comparación de resultados obtenidos en tamizaje de cáncer de próstata, citología y mamografía	49
		Gráfico 12. Porcentaje de resultados de puntuación global del cuestionario RQC en niños de 5 a 15 años	51
		Gráfico 13. Frecuencia con la que se consumen sustancias psicoactivas y alcohol	52

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Tenencia de tierras, Santa Fe de Bogotá y aledaños, años 1550-1600	21
Mapa 2. Distribución de la población indígena Muisca de Bosa en Bogotá, 2023-2024	23
Mapa 3. Distribución de la población indígena Muisca de Bosa en la localidad, 2023-2024	24
Mapa 4. Accesibilidad a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS para la comunidad Muisca de Bosa	25
Mapa 5. Distribución de los comuneros en los momentos de cursos de vida del pueblo Muisca en la localidad de Bosa, 2023-2024	27
Mapa 6. Ubicación de los tipos de discapacidad, vías de acceso y transporte público en la localidad de Bosa, Comunidad Muisca de Bosa, 2023-2024	36
Mapa 7. Distribución de mujeres y localización de parteras, comunidad Muisca localidad de Bosa	70
Mapa 8. Núcleos urbanos Muiscas con presencia de vectores cercanía a áreas de influencia de ríos Bogotá y Tunjuelito, localidad de Bosa	76
Mapa 9. Familias muiscas prácticas ritualidades ancestrales desde usos y costumbres. Familias rituales de mortuoria localidad Bosa	86
Mapa 10. Espacios de participación política y lugares culturales, Comunidad Muisca en la localidad de Bosa	88
Mapa 11. Tenencia de vivienda y estratificación pueblo Muisca localidad Bosa	96

Gráfico 14. Adherencia (cumplimiento) de la población a los tratamientos occidentales	55
Gráfico 15. Porcentaje de adherencia (cumplimiento) de la población a los tratamientos ancestrales	55
Gráfico 16. Frecuencia con la que se realiza actividad física	56
Gráfico 17. Porcentaje de calificación del estado de salud en los últimos 6 meses	57
Gráfico 18. Porcentaje de Percepción de grado incapacidad presentado con la enfermedad actual	57
Gráfico 19. Porcentaje de acciones realizadas para prevenir las enfermedades	57
Gráfico 20. Mujeres que han planeado, deseado y/o esperado sus embarazos	63
Gráfico 21. Porcentaje de mujeres con antecedente de gestación, desagregado por número de embarazos	61
Gráfico 22. Porcentaje de mujeres con antecedente de gestación a lo largo de su vida, desagregado por número de gestaciones y momento de curso de vida	64
Gráfico 23. Porcentaje de partos que terminaron en cesáreas	64
Gráfico 24. Número de hijos vivos por mujer	64
Gráfico 25. Tipo de violencia sufrida durante el parto	66
Gráfico 26. Porcentaje de mujeres con asistencias a consulta por parto	67
Gráfico 27. Tipo de animal con el que conviven las familias	75
Gráfico 28. Acciones para el control de plagas o vectores	77
Gráfico 29. Razones para desplazarse del territorio	78
Gráfico 30. Aspectos positivos del desplazamiento del territorio	78
Gráfico 31. Aspectos negativos del cambio del territorio	79
Gráfico 32. Prácticas de ritualidades ancestrales desde los usos y costumbres de la comunidad Muisca de Bosa conocidas a nivel familiar	85

Gráfico 33. Canales preferidos por mayores de 14 años para enterarse de las actividades del cabildo	90
Gráfico 34. Limitantes para la participación en las actividades del cabildo en mayores de 14 años	91
Gráfico 35. Formas para enterarse de las votaciones o espacios de la comunidad	92
Gráfico 36. Comparación de la Participación de mayores de 14 años en las votaciones del cabildo indígena durante los últimos 5 años, según sexo	93
Gráfico 37. Ingresos salariales en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa	95
Gráfico 38. Composición familiar	97
Gráfico 39. Número de residentes en la vivienda	98
Gráfico 40. Servicios públicos con los que cuenta la vivienda	98
Gráfico 41. Número de personas que trabajan en el núcleo familiar e Ingresos mensuales promedio de las familias	99
Gráfico 42. Numero de necesidades básicas no satisfechas en las familias	100
Gráfico 43. Necesidades que pueden ser cubiertas con los ingresos de las familias	101
Gráfico 44. Tipo de beneficios del gobierno o comunidad recibidos por las familias	101
Gráfico 45. Idiomas diferentes al español hablados por comuneros y comuneras	102
Gráfico 46. Temas de los relatos de la tradición oral escuchados en las familias	105
Gráfico 47. Prácticas de crianza identificadas en la cotidianidad de la familia	106
Gráfico 48. Tipo de espacios de cuidado al que asisten los menores de 5 años	110
Gráfico 49. Aporte de los espacios educativos propios del Cabildo	111
Gráfico 50. Deseo de participar en los espacios educativos propuestos por el Cabildo	111
Gráfico 51. Tipo de saber ancestral que la familia desea recuperar, fortalecer o aprender	112

Introducción

En su proceso de fortalecimiento de usos y costumbres en medicina ancestral y partería, el Cabildo Indígena Muisca de Bosa viene generando acciones colectivas y gestionando acuerdos y compromisos políticos orientados a la pervivencia ancestral y tradicional de su comunidad. Tal es el caso del Decreto 046 de 2022 (Capítulo III, Artículo 11°¹), el cual propone realizar una caracterización de las familias Muiscas de Bosa para conocer de primera mano las particularidades culturales, afectaciones territoriales y problemáticas socio-epidemiológicas que inciden en su situación actual de salud.

Así las cosas, el presente documento de caracterización responde a tal necesidad, constituyéndose como una construcción colectiva entre el Cabildo Indígena Muisca de Bosa y el Equipo técnico de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas Públicas (SGYEPSP) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). En sus páginas se explorarán los procesos y condiciones que repercuten en el estado de salud-enfermedad de las personas y familias de la comunidad Muisca de Bosa, particularmente frente a aspectos como: gobierno propio, territorio, cultura, educación propia, economía propia, espiritualidad, medicina ancestral y partería, como ejes fundamentales para el bienestar y cuidado de la población.

Este documento es resultado de una investigación mixta descriptiva, realizada a partir de la aplicación y sistematización de un robusto ins-

trumento de caracterización, conformado por 289 preguntas abiertas y cerradas, el cual fue construido y alimentado por medio de metodologías participas propias, bajo la orientación de líderes, autoridades, mayores y mayores indígenas. La implementación en territorio de dicho instrumento, durante el periodo de octubre 2023 a enero 2024, fue segmentada en dos fases: la primera, correspondiente a una prueba piloto en donde se caracterizó al 5% del total de familias muiscas de Bosa (porcentaje equivalente a 53 familias y 187 comuneros); y, la segunda, en donde se logró caracterizar al grueso de la población, completando así un 80% de familias muiscas abordadas (porcentaje equivalente a 1002 familias y 3234 comuneros).

La sistematización y análisis de resultados estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario e intercultural, conformado por: una profesional social, una profesional especializada en epidemiología, una profesional especializada con experiencia en salud y una líder de Espiral III; bajo la coordinación de un profesional especializado que oriento técnicamente el proceso. Así mismo, se llevó a cabo un ejercicio de revisión permanente de fuentes documentales para la contextualización y ampliación de la información primaria recolectada.

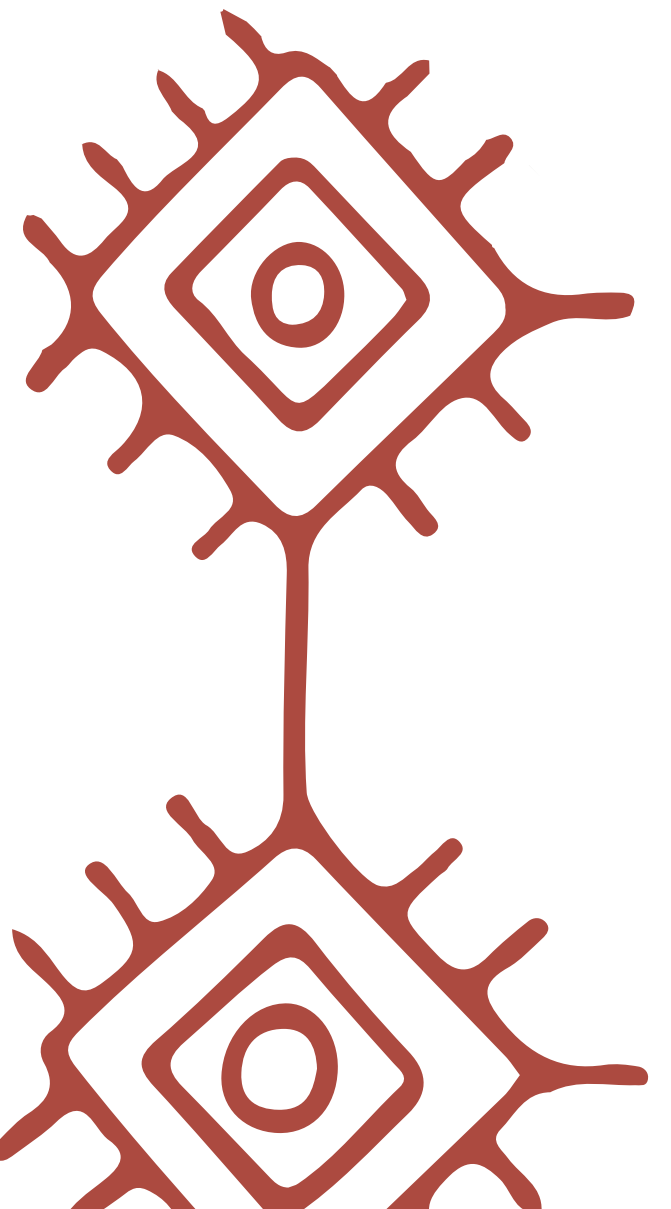
La estructura del documento integra una serie de capítulos que presentan el proceso implementado y, desde la lectura de necesidades, proponen análisis sociodemográficos, culturales,

epidemiológicos, geográficos y en salud, partiendo de los usos y costumbres, la Ley de Origen, el derecho mayor, el calendario propio, la cosmogonía y la cosmovisión de la comunidad. Esto, mediante ocho categorías definidas que, a su vez, se enmarcan en el Plan de vida de la comunidad “Palabra que cuida y protege la semilla”: i) Medicina Tradicional; ii) Partería; iii) Territorio; iv) Espiritualidad y Pensamiento propio; v) Gobierno y Justicia propia; vi) Economía y Sustentabilidad; vii) Cultura y Educación Propia; y, por su relevancia en el proceso de caracterización, viii) Partería.

En este sentido, los capítulos presentan: I) un panorama general del territorio Muisca y sus pobladores indígenas, enfatizando la relación entre ellos y los efectos de las transformaciones y despojos territoriales en su vida pasada y presente; II) un análisis socio-epidemiológico de las categorías previstas; y III) un tejido de relaciones entre las categorías y características analizadas previamente, con el fin de escudriñar la forma en que estas interactúan y se anudan produciendo una realidad en salud particular. El documento finaliza con conclusiones y recomendaciones dirigidas a las autoridades del Cabildo Indígena Muisca de Bosa y al gobierno distrital de Bogotá para que, desde sus competencias, desarrollen las acciones necesarias para atender a los problemas relacionados con el buen vivir y la salud de la comunidad Muisca.

Con todo, el presente documento de caracterización pretende contribuir al conocimiento y visibilización de la comunidad indígena Muisca de Bosa, en términos de sus características, problemas y necesidades propias, especialmente en salud y con un enfoque diferencial y transcultural. Igualmente, esta caracterización funge como base investigativa de futuros estudios de interés para la comunidad, la institucionalidad y la academia, dada su alta representatividad, rigurosidad y amplia gama de aspectos abarcados desde una perspectiva analítica, participativa y mixta (cuantitativa-cualitativa).

1 Artículo 11°: Compromisos a cargo de la Secretaría Distrital de Salud -SDS. Corresponde a la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con sus competencias legales, cumplir los siguientes compromisos del Acta de Protocolización de los Acuerdos de la Consulta Previa: La Alcaldía Mayor de Bogotá a través de la SDS o quien haga sus veces, contribuirá a la implementación de una estrategia de fortalecimiento de los usos y costumbres propios de la comunidad Mhuysqa de Bosa que contenga acciones para la construcción e implementación de un modelo integral de salud desde un enfoque propio y tradicional, en el marco de la reconfiguración territorial de la Comunidad Indígena Mhuysqa de Bosa, de manera concertada para su posterior ejecución por las Autoridades Tradicionales, entes territoriales que se requieran en el marco del derecho fundamental de la salud, la Política Pública en el camino de Salud y Medicina Ancestral y el proceso de consulta previa el Edén – El Descanso”, y basados en las recomendaciones del documento de “Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad, Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa 2023.



Justificación

Desde su florecimiento, hace más de mil años, en la región de la actual ciudad de Bogotá, la comunidad indígena Muisca de Bosa ha desarrollado un modo de vida y una cosmovisión específica que, a su vez, ha esculpido una forma particular de pensamiento propio en salud, con sus respectivos conceptos y prácticas etnomédicas, respondiendo a la Ley de Origen y la misión cuidadora encomendada desde su ancestralidad. Sin embargo, en siglos recientes, numerosos procesos de contacto cultural, colonización (europea y mestiza), desplazamiento y, últimamente, urbanización, han ocasionado fuertes remesones en su composición social, transformando radicalmente sus estructuras de conocimiento propio, que aún perduran entre la continuidad y el cambio, entre la tradición y la adaptación.

Actualmente, la comunidad atraviesa por un proceso de revitalización y de fortalecimiento identitario y cultural, en cuyo desarrollo resulta relevante destacar hitos normativos y políticos como los resultados del mecanismo de consulta previa libre e informada del Plan Parcial El Edén y El Descanso en el año 2006, en donde se protocolizaron una serie de acuerdos con el gobierno distrital de Bogotá, los cuales permitirán consolidar lo que, a largo plazo, se considerará como el modelo de atención en salud de la comunidad Muisca de Bosa.

Bajo este panorama emerge la necesidad y el compromiso de adelantar una caracterización que permita identificar las características generales, epidemiológicas y culturales de la población indígena, pero también el nivel de arraigo o desarraigo, la apropiación, el acercamiento, el uso y la práctica de la medicina ancestral y la partería tradicional al interior de la comunidad Muisca, logrando identificar caminos adecuados

para su recuperación y preservación de forma simultánea con la medicina alopática.

En este orden de ideas, la caracterización permite reconocer las necesidades, las condiciones de vida y de salud de la población y las potencialidades con diferentes herramientas metodológicas, para luego generar acciones en pro de la implementación del Plan de Vida de la comunidad. Así mismo, facilita el reconocimiento del estado de conservación o deterioro de sus conocimientos y prácticas en salud propia, medicina tradicional y partería.

Ahora bien, vale la pena mencionar que la caracterización de la comunidad guarda antecedentes en ejercicios similares, el primero realizada en el año 2008 y publicado en 2009, en donde se identificaron aspectos asociados a la realidad de la comunidad y del avance de la estructura organizativa del Cabildo. En dicho documento se incluyeron 605 familias y se analizaron estadísticas institucionales de morbilidad y determinantes en salud. El segundo ejercicio de caracterización, realizado en 2020, permitió la elaboración de un perfil epidemiológico con base en datos reportados por el listado censal de la comunidad ante el Ministerio del Interior, cruzados con estadísticas de morbilidad suministradas por la SDS. Sin embargo, al carecer de contenido respecto a la medicina ancestral y la partería, posteriormente se construyó un capítulo de profundización que ahondó en estos aspectos. Con todo, el presente documento supone un insumo trascendental para la gestión del gobierno indígena y los sistemas propios, buscando la reafirmación de prácticas tradicionales y la autonomía constitucionalmente consagrada; deviniendo así en un aporte novedoso y útil para la pervivencia territorial y cultural de la comunidad indígena Muisca de Bosa.

Antecedentes

Para iniciar, una breve historia emanada de los conocimientos de los sabedores, quienes respecto a los orígenes Muisca relatan que:

Desde nuestro pensamiento, nosotros los Muisca fuimos sembrados en este territorio por Padre y Madre, estableciendo la forma de vivir y relacionarnos con todo lo que está con nosotros: los animales, las plantas las piedras, lo físico y lo espiritual. Esto se entiende y vive cuando lleguemos a la comprensión total de nuestra Ley de Origen, ley natural, ley que se empieza a descifrar a través del mito de origen, que narra el momento en que Madre Abuela Bague, en el pensamiento, creo todo lo que existe y cuando Madre Bachué sale de la laguna de Iguaque e inicia el camino en esta tierra de los linajes Muisca, que hoy en día se mantienen por voluntad de los ancestros.

Para nosotros, todos compartimos el mismo espíritu, un mismo origen, seamos Muisca o no; es por esto, por lo que una de las ordenanzas es compartir el pensamiento en el espíritu, en este momento empezamos a tejer los dos mundos en los cuales nos encontramos: el mundo indígena que venimos recordando y el mundo occidental o no indígena que está ahí y con el cual nos debemos relacionar a diario.

Cuando el Padre y la Madre nos sembraron en el territorio, lo hicieron bajo unos principios y unas ordenanzas de las cuales en este momento traemos al pensamiento cuatro que orientan parte del camino que debemos recorrer para permanecer y pervivir como Muisca.

En primer lugar, proteger la vida, el cual nos llama a ser sus garantes, a cuidarla en todas sus manifestaciones y para esto nos otorgan la

medicina y analizando la palabra Mhuysqa la podemos dividir en su raíz y tenemos Mhuy (gente) y ysqa (medicina); es decir, gente de medicina. El que hace pan, hace medicina con el pan; el que hace agricultura, hace medicina con la agricultura; porque está pensando bonito, porque este pensamiento se traduce en alimento. Es por esto por lo que nuestro proceso de recuperación de la memoria, la medicina y la partería como saberes ancestrales se ha convertido en el medio de mayor relevancia para la sanación del territorio y la gente Muisca.

Segundo, compartir el alimento, porque en el alimento nos dan la memoria, el pensamiento y los sueños que el Padre puso. Al quitarnos nuestro propio alimento, nos fueron alejando del camino, el compartir el alimento nos lleva a construir un tejido de comunidad, nos lleva a trabajar juntos, El alimento no es solo lo físico, es también el pensamiento, hay que alimentarnos de nuestro pensamiento.

Tercero, todo tiene vida al reconocer que todo tiene espíritu, que árbol tiene espíritu que fuego tiene espíritu, que la piedra tiene espíritu, las plantas tienen espíritu, que la gente tiene espíritu, que el territorio tiene espíritu. Cuando reconozcamos que existe el águila, el cóndor, el jaguar... solo en este momento, entenderemos que debemos vivir en armonía y en equilibrio con todo aquello que nos rodea.

Y, por último, Ser guardianes del territorio-recuperar el territorio. Este territorio que nuestros padres recibieron en la laguna de Iguaque se tenía que cuidar por la eternidad, preservando el saber, el conocimiento y el territorio que es considerado nuestra Madre; a la Madre no se le hace daño no se le vende, a

ella se le cuida y se le ayuda a sanar; de esa manera, también nos sanaremos nosotros. La misma Madre dejó en el territorio las plantas de medicina como espíritus que ayudan en el cuidado de la vida y el cuidado de la humanidad, desde las ordenanzas que se nos dejaron en la Ley de Origen. (Neuta, R. 2024) ².

En la historia, los indígenas Muisca de Bosa han desarrollado ideas y prácticas en medicina ancestral y partería que, con el tiempo y la transformación del territorio, han sufrido procesos de dispersión, entre ellos la separación de las familias o la salida progresiva del territorio. Para afrontar esto, desde la misma comunidad se han generado acciones diferenciales que buscan propender y salvaguardar los conocimientos que se tienen, partiendo del intercambio de saberes intergeneracional, a través de tradiciones orales y memoria de vida, como base para el fortalecimiento cultural e identitario.

Así las cosas, en 1999 la comunidad comienza su recorrido en salud, articulada con la entonces Entidad Prestadora de Servicios COMCAJA; momento en que se desarrolló el primer censo con un enfoque diferencial. En 2003, se consolida la droguería de la comunidad, en la que, mediante convenio establecido, se entregaban los medicamentos formulados por la entidad a las personas. Sin embargo, se presentó un retroceso en el año 2007 que obligó a cerrar este espacio, a pesar de ser un proceso de suma importancia para la comunidad y sus reivindicaciones (Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB], 2020a).

Posteriormente, se realizó una articulación con el Hospital Pablo VI de Bosa - Empresa Social del Estado (E.S.E) que, como se menciona en el Ziscagoscua (Martínez et al., 2006), respondía a una estrategia para avanzar en la construcción de una propuesta de salud intercultural para la loca-

lidad de Bosa. Esta se desarrolló entre julio de 2005 y febrero de 2006 en el marco del “Fortalecimiento de la medicina tradicional en el cabildo Muisca de Bosa” y de allí se consolidó un documento para familias de la Comunidad Indígena que, en su diario acontecer, intentaban reconstruir una identidad étnica herida por siglos de intolerancia, abuso y discriminación.

En el año 2008 se consolida el Consejo de Salud de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, conformado por mayores, mayoras, sabedores, parteras, médicos y médicas tradicionales y ancestrales; reunidos con el objetivo de salvaguardar la salud física, espiritual y mental de los comuneros y comuneras. Fomentadas en círculos de palabras, las prácticas médicas y de partería propia se enfocaron en la sanación natural de las desarmonías y desequilibrios con el territorio, el cuerpo y el espíritu. Desde entonces, y para cumplir su objetivo de recuperar saberes ancestrales, el Consejo de Salud, junto con las autoridades tradicionales, ha llevado a cabo acciones de articulación con entidades como la Secretaría Distrital de Salud (SDS), posicionando prácticas de medicina ancestral y partería tradicional Muisca en el distrito.

Entre 2008 y 2009, se adelanta un proceso de caracterización individual y colectiva propia con enfoque de ciclo vital, género y determinantes sociales en salud, que incluyó aspectos epidemiológicos, donde se consideraron datos del Censo poblacional del Cabildo del 2007, listado de fallecidos, atención de consulta externa, urgencias y hospitalización del Ministerio de Protección Social de los 5 años previos, las bases de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la encuesta de Salud a su casa y el SISBEN. Dentro de los principales hallazgos se identifica: un predominio de la población joven (de 10 a 29 años), una reducción de la proporción de mujeres en edad fértil del cabildo, una discreta tasa de abandono escolar por dificultades económicas en los hogares, una baja cobertura de educación superior, una significativa proporción

de hacinamiento en las familias, considerable presencia de vectores en las viviendas y un alto riesgo de inundación, una alta percepción de pobreza y una baja cobertura de necesidades básicas (CIMB, 2009).

Más recientemente, en el año 2019, y a partir de la protocolización de la consulta previa del “Plan Parcial El Edén - El Descanso” (de donde nacen los Acuerdos 36 y 37 con la SDS), el Cabildo impulsa la construcción de un modelo intercultural propio a través de su Consejo de Salud, fundamentado en 6 espirales, que permitirán la operación de este; sin embargo, estos deben ser desarrollados.

En este sentido, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, en su resignificación, fortalecimiento y pervivencia de los usos y costumbres, implementa un Plan de Vida comunitario desde el año 2020 denominado Plan de Vida “Palabra que cuida y protege la semilla”, el cual se fundamenta en siete pilares o estantillos, los cuales guían, organizan y estructuran el desarrollo integral de la comunidad a través de la garantía de derechos colectivos.

El plan de vida de la comunidad se desarrolla en torno a la cosmovisión, cosmogonía, derecho mayor, calendario propio y Ley de origen propios; por tanto, para este documento de análisis es fundamental la información identificada por cada uno de los estantillos -Gobierno y justicia propia, Medicina tradicional y salud, Territorio, Cultura, Economía y sustentabilidad propia, Espiritualidad y pensamiento propio, Educación propio- cuyos representantes participaron en la formulación de preguntas para la ficha de caracterización.

El Estantillo de medicina tradicional y salud del Plan de Vida se consolida como un espacio que reúne diferentes líderes de la comunidad: médicos ancestrales, parteras, profesionales en salud, enfermeros, técnicos en salud, sobanderos, mayores y autoridades de la Comunidad Indígena

Muisca Bosa. Desde este estantillo se salvaguardan las prácticas ancestrales de la medicina tradicional y la partería, mediante la transmisión de saberes, rutas de atención ancestral, procesos de fortalecimiento, articulaciones institucionales, atención en articulación institucional, construcción y aportes al Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), y la participación en espacios nacionales en temas de salud ancestral.

Así las cosas, se dio inicio con la implementación de las espirales 1 (ATA-TA de pagos y visitas al territorio) y 3 (Recordando el saber BEKYA de caracterización y herbario), para que, paulatinamente, los resultados edifiquen el Modelo de Atención en Salud Intercultural aportando al Sistema Indígena de Salud Propio del pueblo, tomando como insumo fundamental la caracterización de la población de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa en 2023.

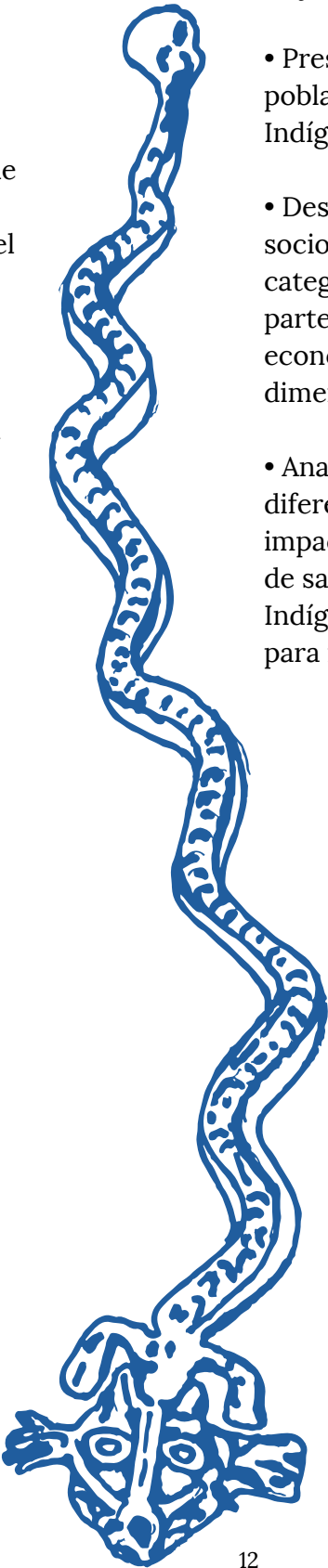
En la actualidad, la comunidad cuenta con un espacio propio que se ha denominado “Casa de Medicina”, siendo este un lugar físico donde sabedores y sabedoras prestan servicios de atención desde el conocimiento indígena a los comuneros y personas externas al Cabildo. Esto, para resaltar los procesos y conocimientos de la comunidad sobre la curación física y energética, realizando encuentros internos para preparar cremas, esencias, jabones, purgantes, entre otros productos elaborados con plantas cultivadas en las huertas de la comunidad.

² Reinel Neuta, Sabedor de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las necesidades, problemáticas y potencialidades de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a través un proceso de caracterización en el marco del fortalecimiento de los usos y costumbres de la medicina ancestral y la partería, como aporte al Plan de Vida de la comunidad “Palabra que cuida y protege la semilla”.



Objetivos Específicos

- Presentar las características generales de la población y el territorio de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
- Describir las características socioepidemiológicas que atañen a las categorías de: salud y medicina tradicional; partería; territorio; gobierno y justicia; cultura; economía; espiritualidad; y educación; en sus dimensiones individual y familiar.
- Analizar las relaciones existentes entre las diferentes categorías de análisis, enfatizando su impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud y enfermedad de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa y sus potencialidades para mejorarlas.

Metodología

En coherencia con los objetivos que se propone, la caracterización de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa es producto de un proceso de investigación de alcance descriptivo con enfoque mixto (Hernández et al., 2014). Para ello hizo uso de información primaria proveniente de una encuesta con preguntas cerradas y abiertas, así como de información secundaria procedente de fuentes documentales. Ambas fueron integradas en un diseño metodológico explicativo secuencial (Hernández et al., 2014) que permitió el complemento, contextualización y comprensión de los datos cuantitativos y la información cualitativa.

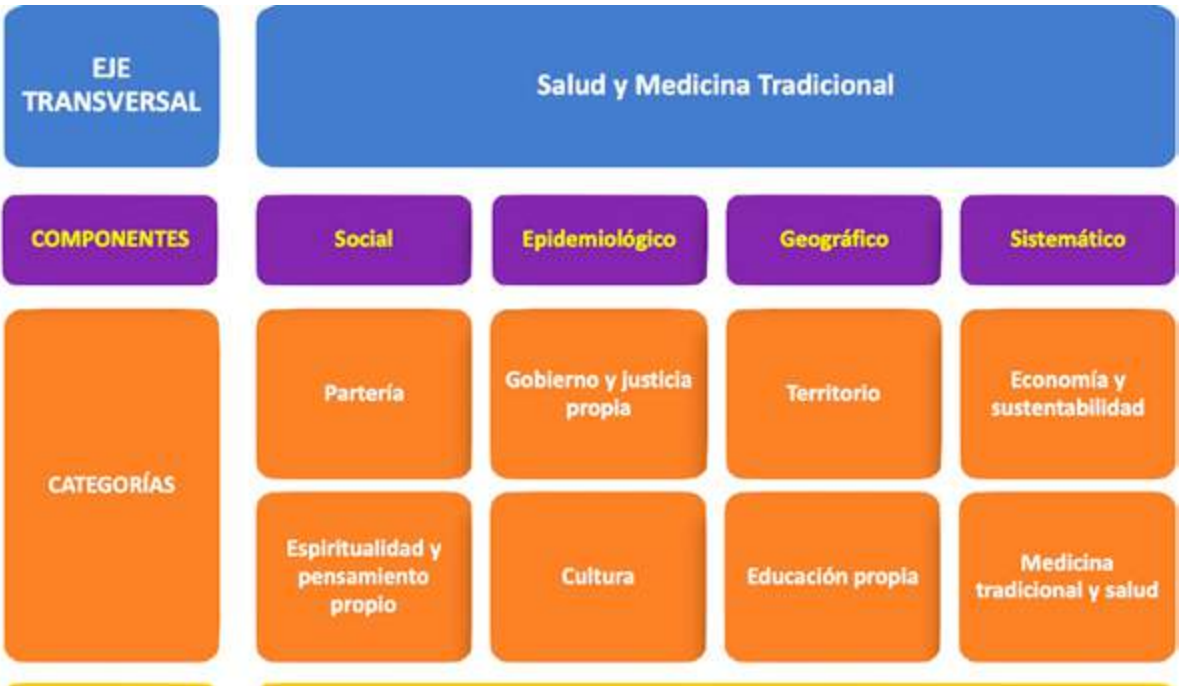
Dado que la caracterización ha sido concebida en el marco de la construcción del Modelo de Atención en Salud Intercultural y el Sistema Indígena de Salud Propio, para la revisión y análisis de la información se considera el Estantillo de Medicina Tradicional y Salud del Plan de Vida de la comunidad Muisca de Bosa, como eje transversal

de análisis. Este eje se teje con los siete estantillos del respectivo Plan: i) Gobierno y justicia propia, ii) Cultura, iii) Territorio, iv) Educación propia, v) Economía y sustentabilidad, vi) Medicina tradicional y salud, y vii) Espiritualidad y pensamiento propio, los cuales se constituyen en categorías de análisis; así mismo, partería se teje con la necesidad de fortalecimiento de los usos y costumbres de la comunidad, dando prioridad a la preservación y apropiación de esta práctica de manera específica por su alto valor cultural, en salud de la mujer y las semillas (niños y niñas Muisca).

Técnicas e instrumentos

Para recoger la información requerida para la caracterización se aplicó una encuesta (Ver anexo 1) de 289 variables, clasificadas en 4 componentes que dan cuenta de 8 categorías inspeccionadas en los niveles individual y familiar de la comunidad, como se observa en la Gráfica 1. Estos

Gráfico 1. Estructura componentes encuesta de caracterización, 2023-2024



elementos se enmarcan en el eje transversal de Salud y Medicina tradicional según la naturaleza del proceso de caracterización.

En concordancia con su carácter propio e intercultural, la estructura de las encuestas se inspira en elementos conceptuales derivados del Plan de Vida de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, en particular de su estantillo Medicina tradicional y salud. Sin embargo, los problemas centrales que dieron origen a los grupos de variables y en última instancia a las preguntas de las encuestas provienen de un

ejercicio de identificación y priorización de problemáticas en salud que ya lleva varios años y que ha sido ampliamente debatido, actualizado y analizado por la comunidad en cabeza de sus diferentes autoridades, por lo que en la presente investigación tiene un carácter estructurante y orientador en las técnicas de investigación y el análisis de los resultados encontrados, pues constituyen uno de los criterios empleados en la identificación de nudos problemáticos. La estructura básica de los problemas en salud identificados por la comunidad es la siguiente:

Tabla 1. Problemas en salud identificados por la Comunidad Indígena Muisca de Bosa

Estantillo	Problemática
Medicina tradicional y salud	Personas con discapacidad, su calidad de vida y salud.
	Personas cuidadoras, su calidad de vida y salud
	Personas con enfermedades crónicas, calidad de vida y salud.
	Salud mental en la comunidad Indígena Muisca de Bosa
	Debilitamiento del uso y práctica de la medicina ancestral en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
	Prevención de la enfermedad en la comunidad indígena Muisca de Bosa
	Como el debilitamiento del uso y práctica de la partería genera una incidencia en la salud en los diferentes los ciclos de vida de las mujeres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa
Territorio	La transformación del territorio ha incidido en la calidad de vida, salud, los usos y costumbres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
Educación propia	Pervivencia de los saberes intergeneracionales en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
Gobierno y justicia propia	Falta de conocimiento y apropiación de los procesos de gobierno y justicia propia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa
	Barreras de acceso en la calidad de vida y la salud de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa
Cultura	Disminución en el reconocimiento propio cultural y en el uso de las prácticas culturales en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
Espiritualidad y pensamiento propio	Pervivencia de las prácticas espirituales en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa
Economía y sustentabilidad propia	Ingresos económicos de las familias de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa en el cubrimiento de todas sus necesidades.
	Ingresos relacionados a la calidad de vida y salud en la vejez de los comuneros y comuneras de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
	Falta de cobertura institucional ante las necesidades integrales de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa
	Como el cambio de las características de las viviendas y la composición familias, han incidido en la calidad de vida de las familias de la comunidad indígena Muisca de Bosa

Según el Censo de la comunidad Muisca Bosa del año 2022³, se obtuvo un universo de 4.658 personas distribuidas en 1.201 familias, dicho esto la encuesta se aplicó a 3.234 individuos y 1.002 familias, con lo que se asegura una alta representatividad de los datos. El muestreo se realizó mediante una técnica de aleatorización simple entre todos los miembros de la comunidad inscritos en el censo del Cabildo.

Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo para la planeación, desarrollo y recolección de información se desarrolló a partir de cinco (5) fases. Para su implementación, se instituyó un equipo de trabajo al interior de la comunidad, con el fin de construir de manera articulada la ficha metodológica, la programación logística y las responsabilidades en aspectos tales como: planeación de los recorridos, programación con las familias y demás aspectos logísticos para la implementación y puesta en marcha de la caracterización; en los que participan de manera activa las autoridades, líderes y mayores.

Fase I. En esta primera fase se desarrollaron jornadas de participación con líderes de la comunidad, autoridades, mayores y mayoras, en los dos primeros meses del proceso de caracterización. Ellos, desde sus saberes y experiencias, aportaron a la construcción de la metodología para la caracterización y la construcción del listado de acciones de sanación Hizqa ieiaasskua (Medicina y partería Muisca), asegurando la inclusión de la cosmovisión, perspectivas y necesidades propias. Entre otras se ejecutaron las siguientes actividades: Se construyó un listado de acciones en medicina tradicional y partería (Hizqa ieiaasskua) el cual se entregó al 80% de las familias de la comunidad Muisca de Bosa (Anexo 2).

3 El censo de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, es el instrumento por el cual el Ministerio del Interior lleva el registro y actualización de los datos de la población de comunidades indígenas a partir de sus estructuras de gobierno propio; en las que se encuentra el Cabildo Indígena Muisca de Bosa y toda la población que surte el proceso de auto reconocimiento.

Se definió la metodología de revisión de fuentes secundarias, concentrada en documentos internos de la comunidad Muisca de Bosa, recolectando información de procesos similares como caracterizaciones poblacionales, documentos enmarcados en medicina ancestral y partería y espacios de gobierno propio.

El equipo generó una matriz tras la revisión documental de fuentes secundarias, a nivel comunitario e institucional; por tanto, se revisaron artículos, informes, publicaciones, estudios, normas, documentos SISPI, entre otros (Anexo 3).

Dentro de las metodologías propias se plantearon círculos de palabra, los cuales responden a una práctica ancestral de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa; un espacio para compartir y tejer la palabra, el pensamiento y las acciones comunitarias. Esta práctica permitió armonizar y ritualizar los procesos comunitarios, poniendo en intención los procesos a través de la orientación de abuelos, sabedores y comunidad en general.

Para definir metodologías propias de caracterización, se realizaron tres círculos de palabra con el Consejo de Salud y el equipo de la espiral III, en los que se establecieron metodologías como el convite y la visita a casa para el proceso de caracterización.

Fase II. La fase II se desarrolló en el segundo y tercer mes de ejecución. Allí se establecieron los aspectos técnicos y metodológicos para el abordaje de familias, su georreferenciación y el ruteo del proceso de caracterización. Se estableció una muestra de población de 960 familias registradas en el censo, para medir el alcance de cada componente (sistemático, geográfico, epidemiológico y social) durante la caracterización de las familias. Lo anterior con el respectivo aval de las autoridades indígenas.

Asimismo, tuvo lugar la planificación preliminar de instrumentos de recolección de información (encuestas), su aplicación en campo y el abordaje

de la comunidad. Se definió una prueba piloto con una muestra del 5% (60 familias), para lo cual se dispuso de tabletas que facilitaron la recolección de información, el acceso de mapas para ubicación y ruteo de los núcleos familiares, el diseño de formatos de caracterización digitales y físicos, la revisión de fichas de salidas de información, y, por último, el diligenciamiento de consentimientos informados y formatos de reserva de información.

Se realizaron dos mesas de trabajo con el equipo base de la implementación de la Espiral III, una en modalidad presencial y otra virtual, donde se lograron establecer los aspectos técnicos del componente geográfico.

Fase III. Esta fase se dio en el tercer y cuarto mes del proceso de caracterización; en ella se diseñaron y prepararon las encuestas, se capacitó al equipo de caracterización en aspectos metodológicos, tecnológicos y culturales, incluido el manejo de resultados de la prueba piloto. Entre otras actividades, se realizó lo siguiente:

Ficha de caracterización:

- Se efectuaron cinco (5) mesas de trabajo, dos con el equipo de la espiral III y siete con líderes de los siete estantillos de la comunidad, mayores, autoridades, médicos, médicas y parteras, donde se lograron construir las preguntas de la ficha de caracterización.
- Se realizaron dos (2) círculos de palabra en la casa sagrada Qusmuy, destinados a la socialización de la ficha de caracterización, uno con el Consejo de Salud y uno con líderes, consejeros, autoridades y comunidad en general.
- Se realizó una (1) mesa de trabajo con el equipo base de la espiral III para ajustar la ficha de caracterización según las recomendaciones de la comunidad.

Prueba piloto:

- Se aplica la primera versión de la ficha de caracterización al 5% de las familias de la comunidad Muisca de Bosa, durante la tercera semana del cuarto mes de ejecución de la caracterización, con el ánimo de determinar sus tiempos de aplicación, facilidades o dificultades de comprensión, uso de TIC, reconocimiento del territorio y tiempos de desplazamiento, entre otros factores que pudieran influir de manera positiva o negativa en la recolección de los datos. Esto le permitió al equipo:
 - Se ajustó la ficha de caracterización reorganizando el orden de las preguntas y facilitando su comprensión temática.
 - Se analizan los tiempos de desplazamiento y de aplicación de la encuesta individual y familiar, generando un cronograma por días y turnos de participación.
 - Se generó un sistema de seguimiento a la ejecución y avance de la recolección de la información.
 - Se realizó, además, dos (2) círculos de palabra para la inducción del equipo caracterizador en territorio (conformado por 10 técnicos en salud y 10 gestores comunitarios), jornadas que tuvieron lugar en la casa sagrada Qusmuy y en la oficina de fortalecimiento de salud.
 - Se realizó una (1) reunión de seguimiento de avance con el equipo base de la espiral III y el equipo caracterizador en territorio.
- Fase IV.** Con los ajustes implementados en la ficha de caracterización y la organización de los procesos de recolección, durante los meses de octubre de 2023 y enero de 2024 se efectuó la caracterización de las personas y familias Muisca de Bosa, proyectada al 80% de la comunidad.

Se implementó un proceso de revisión de la información registrada en la plataforma digital, de los consentimientos informados y del reporte de actividades de las binas encuestadoras; adicionalmente, se llevaron a cabo dos (2) reuniones mensuales de balance a la captura de información en fichas de caracterización y seguimiento a la meta de ejecución y a casos identificados que requerían atención en salud.

Fase V. En la última fase del proceso se realizó la consolidación, revisión, análisis y reporte de resultados de la información recolectada desde una perspectiva social, estadística y geográfica, considerando como eje transversal del análisis, según se ha explicado, la medicina tradicional y la salud en relación con las categorías establecidas. La fase se desarrolló entre el séptimo y el décimo mes de ejecución y sus resultados se encuentran reportados en el presente documento.

La implementación de la metodología propia produjo datos importantes, cuya descripción y análisis se presentan a continuación. Inicialmente se exponen, a modo de contexto, las características generales del pueblo Muisca de Bosa y de su territorio, objetos centrales de la caracterización. Allí se enfatiza la relación originaria y trascendental que entre ellos existe. Posteriormente, se presentan los resultados alcanzados para cada categoría y su relación con el eje central de Medicina Tradicional y Salud, hilando las perspectivas epidemiológica y social. Finalmente, se entretajan algunas relaciones entre las diferentes categorías, con el fin de desentrañar el carácter complejo de las características de la población y su relación con la afectación territorial y las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad.

Capítulo I.

Comuneros y comuneras en el territorio ancestral Muisca de Bosa

La relación entre la comunidad Muisca de Bosa y su territorio ancestral es esencial, compleja e histórica. Esencial, porque el territorio es el lugar en el cual comuneros y comuneras se reproducen biológica y culturalmente, creando un sentido de identidad particular que los diferencia inclusive de otras comunidades Muisca. Compleja, porque para sus miembros el territorio es más que un conjunto de límites con una serie de recursos dispuestos a ser explotados y representa, más bien, un espacio vital y sagrado en el que se desarrollan las relaciones sociales, siendo un contenedor de símbolos, deidades, energías, lugares sagrados, entre otros elementos que guardan relaciones entre sí y lo dotan de sentido.

Finalmente, puede decirse que su relación es además histórica, porque se inició en el origen de los tiempos, se consolidó en la época prehispánica y, con diferentes características e intensidades, superó los embates de la colonia y la conquista, manteniéndose ante la invasión cristiana, las múltiples formas de violencia, el despojo de tierras bajo formas fraudulentas y engañosas (y otras formales y oficiales), el desmantelamiento de los resguardos y la imposición de formas de ordenamiento occidental como el Plan Parcial de Desarrollo “Edén - El Descanso”. Considerando lo anterior, el presente apartado expone las características generales del territorio y de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, bajo un análisis cartográfico para el primero y uno estadístico descriptivo para la segunda.

1.1. Kiqa: territorio ancestral Muisca de Bosa, lugar de afectaciones, resistencias e inequidades en la accesibilidad en salud

En este apartado se acercarán a las características históricas y modificaciones territoriales, que la comunidad Muisca de Bosa ha sobrevivido y sobre las que se estima la relación causal con el estado de bienestar de esta la población.

Cuando Bagüe pensó, en el tiempo de unquyquie-nxie, su pensamiento se transformó en obra. La Madre Bagüe fecundó a la Sabiduría que es la maravillosa fuerza masculina; aquí no es el Padre el que fecunda a la Madre, sino es ella quien fecunda al varón y en esa fecundación genera el primer movimiento. Luego vino el calor, el color, la luz y la fuerza. Bagüe creó a los Hacedores y Formadores del Universo: Bachué, Cuza, Chibchacum, Bochica, Nemcatacoa y sus 6 hijos, la Trinidad Tcyminigagua, y les dio la orden de comenzar la creación. Ellos iniciaron una Danza de muy larga duración 19954 al son del tambor de FO, espíritu dueño de la Música y la Danza, en la que fuera la primera Cuca o Templo Ceremonial, y así fueron creando el espacio, y el tiempo de la nada.

Ella tenía en su memoria prodigiosa todo el ABOS, el cosmos; Faulac, el paraíso; Caguic, las estrellas y luceros; Sua, el sol; Chía, la luna; Fiva, el viento; lo mismo tenía en sus sueños el padre. Ellos deseaban ser parte de la vida, ser parte de la gente. Cuando decidieron hacer materia

primera para el Universo, crearon a Fiva, el aire, a Faova, la nube, y a Le, el humo y el camino. Luego crearon los puntos cardinales y el arriba y el abajo para darle volumen al universo.

En el vacío, Yetuge, crearon el centro de la influencia y el poder al que denominaron Tomsa, el ombligo del universo, más nada tenía todavía consistencia. Pasaron muchos Bxogonas o ciclos de tiempo hasta que llegó Sasbequia, el tiempo del principio del mundo, cuando surge Chimi, la pulpa, la primera cosa del mundo.

Luego en el agujero del Tomsa, que tiene forma de gacha o moyo de barro, se incubaron los embriones de estrella, de tierra, de piedra y de todas las cosas materiales. Cuando Tomsa estuvo llena se batió con un ana o cucharón hasta que estuvo en su punto. Así, de la mezcla salió la semilla de la Tierra y la semilla de toda cosa; las migajas que sobraron fueron arrojadas a la distancia y dieron origen al mar de leche que es la vía láctea.

Luego los elementos fueron distribuidos: al calor a Sua, el sol; el frío a Chía, la luna; las nubes y el humo a la Tierra, pero todas estas cosas seguían siendo semilla. Nada había germinado todavía. Myna, el color dorado refulgente, la energía, se unió a Chimi, la pulpa recién creada, la cual se convirtió en Chimini, la primera fuerza creadora: el poder de la creación y así fue el comienzo del mundo. Zaitania es el tiempo en que se convirtió la alteridad luz, sombra, tiempo antiquísimo, el primer mundo: mano dorada y noche (Mito de origen Muisca, tomado de CIMB 2023b).

La evidencia arqueológica ha demostrado que el altiplano cundiboyacense ya se encontraba poblado hace 18.000 años. Allí, grupos de cazadores-recolectores habitaron y recorrieron el territorio, para posteriormente consolidarse como sociedades agricultoras y alfareras hacia el año 800 a.n.e. y que habitaron la zona hasta aproxi-

madamente el año 800 de la época actual durante, tiempo conocido como el periodo Herrera. Se considera que, en el marco del periodo historizado como Muisca temprano (800-1200 d.n.e.), aproximadamente entre los años 500 y 1000 a.n.e., se presentó en el territorio del altiplano un importante flujo migratorio de personas pertenecientes a la familia lingüística chibcha que se fundió con los grupos previamente asentados (Henderson 2017).

En este lapso, se consolidaron importantes cacicazgos (caracterizados por no constituir rígidas estructuras verticales controladas por élites cargadas de privilegios) que se unificaron tras prolongadas relaciones de parentesco, comerciales y de colaboración (Correa, 2004; Henderson, 2008; Langebaek, 2008), en lo que a la postre sería conocido por los españoles como La Confederación Muisca. Desde entonces, concretamente con la llegada de Gonzalo Jiménez de Quesada en 1537, el territorio, sus indígenas, su cultura y su economía iniciaron un proceso de cambios e hispanización de alrededor de un siglo, ante el que la comunidad se resiste a partir de un resurgimiento étnico y cultural acorde a las posibilidades y condiciones contemporáneas (Gómez, 2023).

El territorio de la actual Bosa fue el lugar de encuentro entre Jiménez de Quesada, Sebastián de Belalcázar y Nicolás de Federmann en 1538 (Páramo, 1994; Durán, 2004), encuentro que aceleró la fundación de Bogotá y su aprobación jurídica en 1539. La corona española utilizó los cacicazgos indígenas Muisca para implantar la encomienda en el contexto del orden colonial y establecer resguardos en los que el cacique servía intermedio de los tributos. Para la llegada de los españoles a la zona, Bosa era gobernada por el cacique Techotibá y se registra la presencia de su comunidad en las veredas de San Bernardino y San José de la actual localidad. En 1559 el partido de Bosa⁵ fue encargado por el oidor don Miguel de Ibarra al encomendero Pedro de Colmenares y le entregó sus tierras para que las administrara de por vida (Durán, 2004; Gómez, 2023). A ello le

sucedieron múltiples repartos y usurpaciones de su territorio ancestral y los Muisca, además de evangelizados, fueron objeto de explotación como mano de obra agrícola.

Mapa 1. Tenencia de tierras, Santa Fe de Bogotá y alrededores, años 1550-1600



Nota: Tomado de Quintas y estancias de Santafé y Bogotá, por Juan Carrasquilla Botero, 1989, Banco Popular. Fondo de Promoción de la Cultura

Entre 1592 y 1595 se conformaron las tierras de resguardo y aunque ellas aseguraron zonas de trabajo y supervivencia para los indígenas, también representaron su confinamiento en territorios evidentemente más pequeños que aquellos que habían habitado por milenios, así como la destrucción de lugares sagrados, siendo esta una de las condiciones para su constitución (Gómez,

5 Partidos o corregimientos de indios, corresponden a las anteriores divisiones del área muisca del Zipa, en la que Santafé fue Divida. Para el siglo XVII, se convirtieron en partidos de la provincia de Santafé Zipaquirá, Guatavita, Ubaté, Bogotá, Ubaque, Pasca y Bosa. En el siglo XVIII se unió a Bosa el resguardo de Usaquén con su pueblo de indios y vecinos (Pulido, 2011, p. 19).

2023). El modo de producción impuesto, y el uso de la fuerza física para la explotación y la evangelización, mermaron ampliamente la población, y hacia 1779, entre los partidos de Bosa y Suba, los indígenas supervivientes sumaban apenas 470 (Durán, 2004). Para finales del siglo XVIII habían desaparecido las casas sagradas y fue prohibido el Mmuysqhubum (lengua Muisca) mediante la aplicación de la pena de muerte para quienes la practicaran (CIMB, 2020).

Aunque la figura del resguardo había sido ideada para proteger a los indígenas de los abusos, la entrada en rigor del régimen liberal republicano

arreció contra su conservación y, en 1850, se promulgó la Ley 22 de 1850 que permitía a las cámaras de provincia la libre enajenación y repartición de las tierras colectivas. Así, la disolución del resguardo de Bosa, iniciada en 1851, concluyó en 1858, cuando se redujo a propiedades individuales de indígenas, colonos y hacendados, muchas de las cuales luego se vendieron (voluntariamente o por artimañas). No obstante, fueron aquellas familias indígenas que mantuvieron sus predios las que, cerrando el siglo XX, lograrían desatar la recuperación del Cabildo Indígena Muisca de Bosa (Durán, 2004).

El surgimiento de las haciendas en el siglo XIX implicó un cambio de la vocación productiva y económica y, los indígenas, otrora agricultores para la subsistencia y el intercambio, se convirtieron en jornaleros y labradores para el comercio de productos (cebada, papa, ganadería y leche;) cuyas ganancias siempre iban a parar a los bolsillos de los hacendados. Con la disolución del resguardo de Bosa, la narrativa occidental dio por desaparecida su Comunidad Indígena (Gómez, 2023).

Décadas después, en 1954, el Decreto 3640, además de erigir a Bogotá como Distrito Especial, le anexa los municipios de Bosa, Suba, Usaquén, Engativá y Usme. En 1958 se crean las Juntas de Acción Comunal y, a partir de los 60 del siglo pasado, Bosa queda totalmente integrada a la dinámica económica y política de la ciudad. En la década de los 70 y 80 se presenta una importante ola migratoria que supuso la construcción de nuevos barrios en las antiguas haciendas y la aparición de líderes políticos de marcadas características clientelistas, en sus alas liberal y conservadora (Durán, 2004).

En 1991 es aprobada la nueva Constitución Política colombiana y con ella se da el reconocimiento de la pluriethnicidad y multiculturalidad nacional (Art. 7°). Este reconocimiento estimuló el renacimiento étnico y cultural de muchos pueblos considerados extintos, entre los que se encontraban

Muiscas, Pijaos, Yanaconas, Zenúes y Kankuamos. Bajo estas circunstancias, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa logró el reconocimiento formal de su cabildo en el año 1999. Su primera reunión tuvo lugar el 3 de enero de ese año y Ana Paz Chiguasuque fue elegida como su primera Gobernadora (también surgió allí la figura del Consejo de Mayores).

A pesar de su reconocimiento, en el año 2006, la Alcaldía de Bogotá adoptó el Plan Parcial “El Edén – El Descanso, el cual contemplaba la construcción de 8000 viviendas de interés social para albergar a 35000 personas. Ante este plan, la comunidad hizo valer su derecho a la consulta previa consagrado en el orden jurídico colombiano: desde donde, tras una movilización e incidencia política, se firman acuerdos con las diferentes entidades del distrito capital para que, junto con el cabildo en reconocimiento de la estructura de gobierno propio, se establecieran acciones para la protección y salvaguarda de la comunidad.

En suma, las presiones de despojo territorial, desatadas en 1537, siguen amenazando a la comunidad Muisca de Bosa. Este hecho se torna aún más preocupante si se tiene en cuenta que, actualmente, el crecimiento de la ciudad tiende a ejercer mayor presión sobre zonas limítrofes como las localidades de Suba y Bosa; ambas lugar de vida y reproducción social del pueblo Muisca que habita la Bogotá actual (Gómez, 2023). Se trata entonces de un pueblo que lucha y se transforma en un proceso de renacer cultural para no ser absorbido por la urbanización, la cultura occidental y sus desarmonías físicas y espirituales.

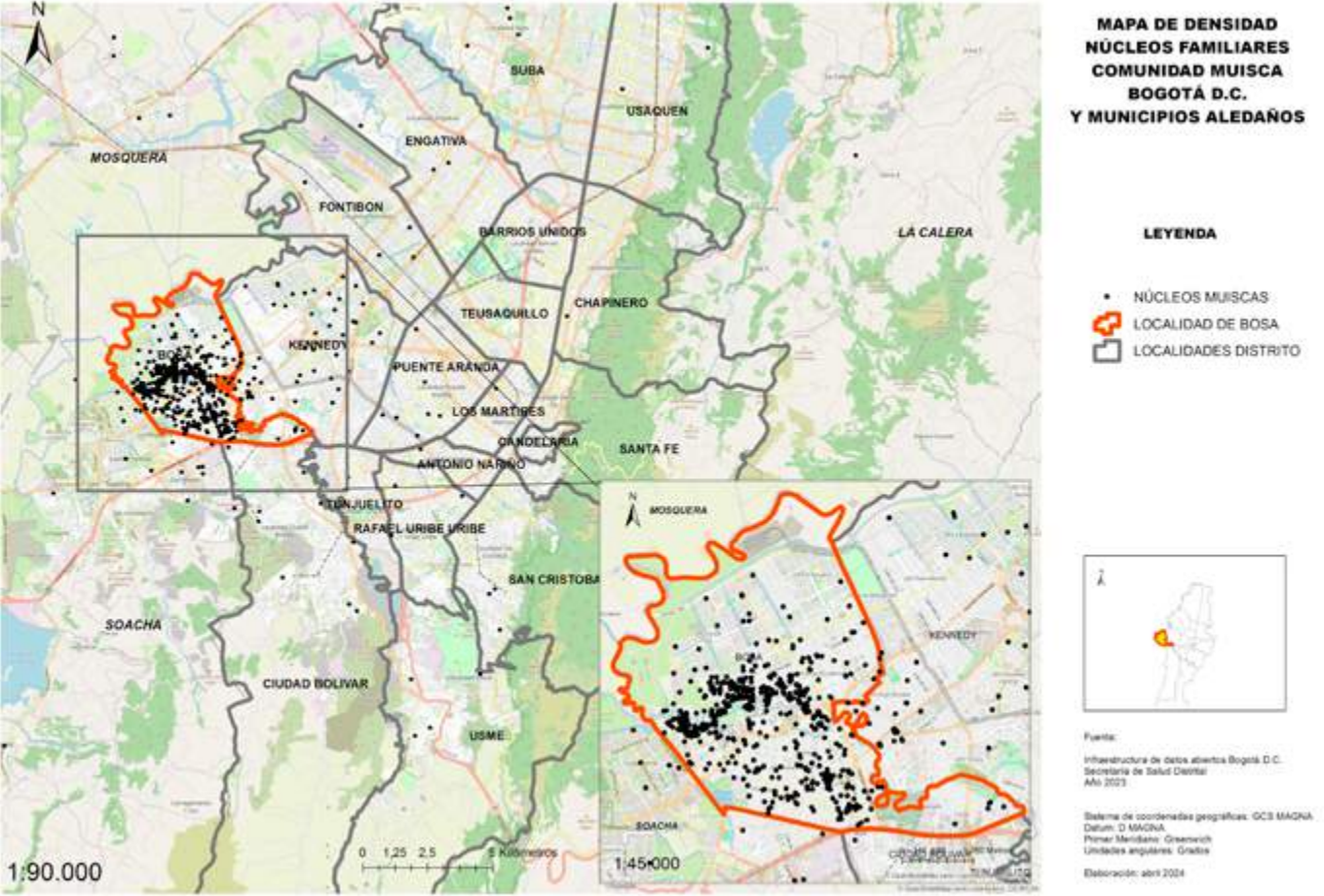
1.2. Características territoriales actuales

En la actualidad, como se observa en el Mapa 2, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa se encuentra asentada principalmente en la localidad de Bosa, la cual reconoce como su territorio originario. Desde allí, y pese a las dinámicas de colo-

nización y homogeneización, el pueblo indígena ha venido fortaleciendo su memoria histórica, sus usos y costumbres, protegiendo su identidad y organización urbana, estructurada en familias

indígenas extensas. Valga decir que a mayoría de estas se concentran en los barrios de San Bernardino y San José.

Mapa 2. Distribución de la población indígena Muisca de Bosa en Bogotá, 2023-2024



Sin embargo, las familias caracterizadas en el presente documento muestran una distribución territorial que rebasa los límites de Bosa, pues también se encuentran ubicadas en localidades como: Kennedy, Antonio Nariño, Fontibón, Ciudad Bolívar, Usme, Fontibón, Suba, Rafael Uribe Uribe, Usaquén, Engativá, Puente Aranda, Chapinero, Tunjuelito, San Cristóbal, Los Mártires y Municipios cercanos como Soacha, Funza y la Calera. (ver mapa 2 y 3).

Es evidente el arraigo de las familias de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa al territorio ancestral, ya que, más del 83% de las familias caracterizadas permanecen en la localidad de Bosa, considerando la (zona dentro de los límites del que conformaba el antiguo resguardo,) aún con

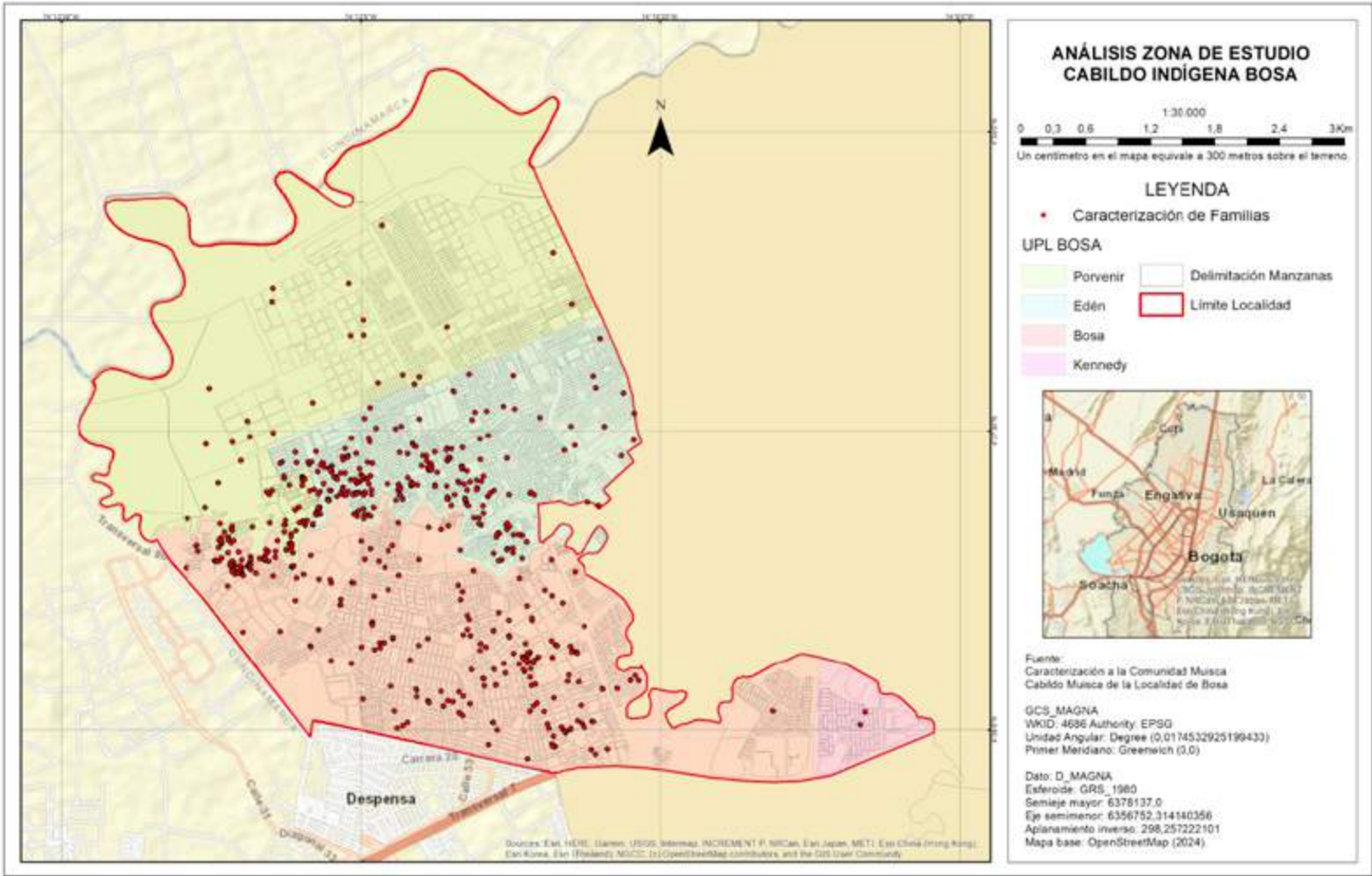
los cambios territoriales que han llevado a implicado la adaptación de las dinámicas familiares y tradicionales.

En la localidad de Bosa, se vio el asentamiento de las familias caracterizadas principalmente en 2 de las 4 UPL⁶ Edén y Bosa, en barrios como San José, San Bernardino y Bosa centro.

Más allá de todas estas formas de observar, ordenar y planificar el territorio, propuestas e impuestas por la institucionalidad de la ciudad, lo que no debe olvidarse es que, en este territorio, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa ha pervi-

6 Unidades de Planeamiento Local (UPL) según la nueva distribución de planeación zonal de la localidad de Bosa.

Mapa 3. Distribución de la población indígena Muisca de Bosa en la localidad, 2023-2024



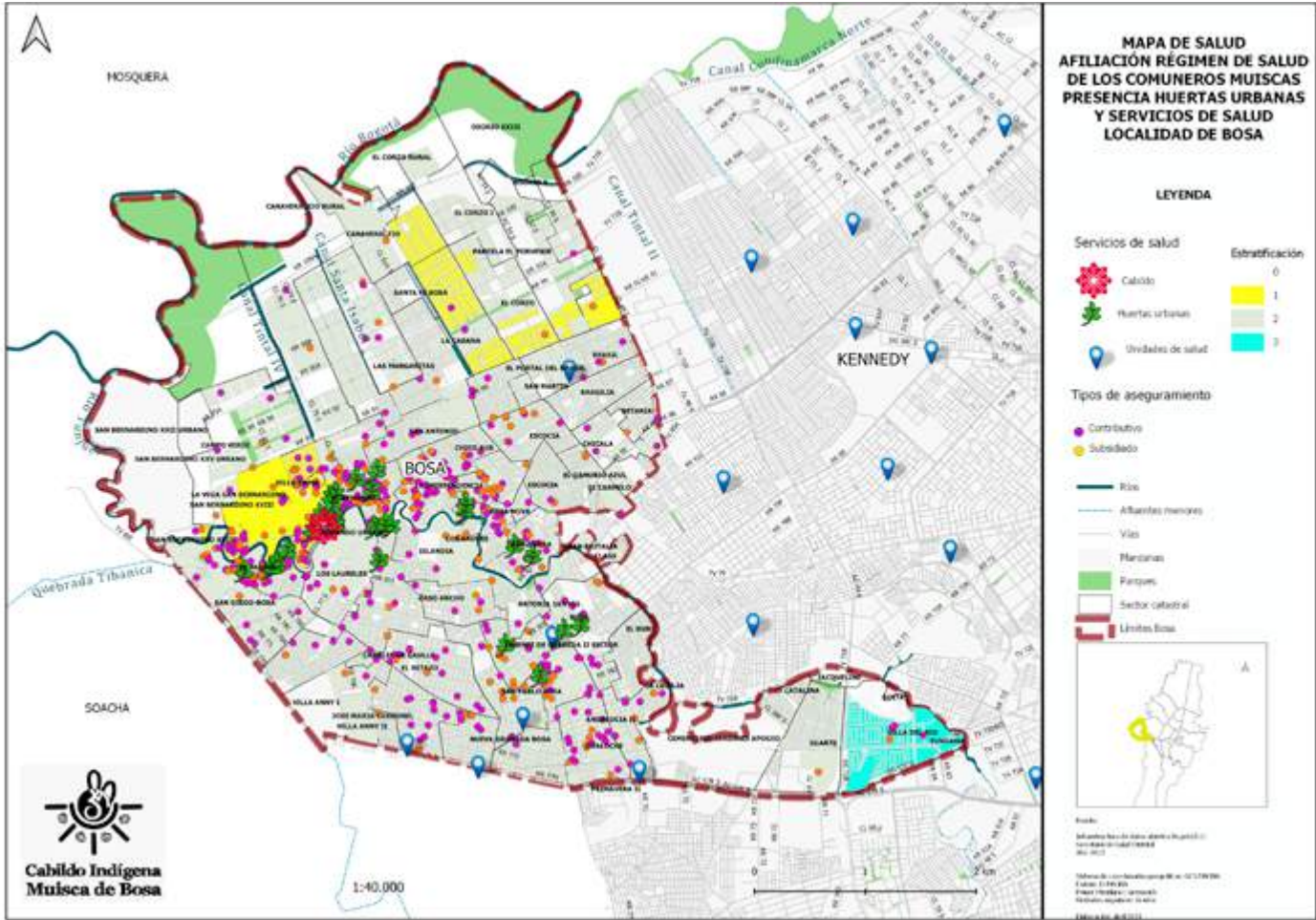
vido y desarrollado históricamente sus usos y costumbres, expresados en la agricultura, el tejido, la medicina ancestral, la partería, la danza, la música, el alimento propio, la artesanía, las ceremonias, los rituales, los pagos. Todo esto se ha consolidado a través del gobierno propio, compuesto por autoridades, Consejos, grupos de interés y la asamblea general; aspectos que han permitido la pervivencia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, a través del fortalecimiento de la memoria ancestral y su pertenencia al pueblo música de la región Cundiboyacense.

Uno de los aspectos más relevantes indagados en la caracterización fue considerar las distancias que deben recorrer los comuneros y comuneras para llegar a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) adscritas a las Entidades Adminis-

tradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a las que los comuneros y comuneras se encuentran afiliados, pues resulta fundamental conocer la facilidad o dificultad con la que acceden a los servicios de salud las familias de comunidad.

El principal hallazgo en este sentido es que, en el territorio ancestral de la comunidad, no se cuenta con ninguna IPS del régimen contributivo. Se puede observar que el centro de salud más cercano a la mayor concentración de familias de la comunidad se encuentra en un radio 5 de kilómetros, siendo este un centro prestador de primer nivel del régimen subsidiado. Por esto, las familias de la comunidad deben asumir un gasto adicional relacionado con la movilidad para el acceso a los servicios de salud de forma factible y eficiente. Más aún, se debe considerar que, para

Mapa 4. Accesibilidad a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS para la comunidad Muisca de Bosa



acceder a mayores niveles de complejidad, y algunas especialidades, el desplazamiento se debe realizar fuera de la localidad.

En la antigüedad no había droguerías, ni farmacias ni clínicas ni hospitales; en la comunidad los abuelos conservaban en sus casas las chagras: los mayores, los caciques, las cacicas, las guardianas conocidas como las parteras, los guardianes como los médicos tradicionales de las plantas, quienes a través del conocimiento del espíritu, uso y preparación de las plantas sanaban a la comunidad.

Cuando llegaron los españoles a saquear el oro del territorio Muisca empezó su transformación y con ella la de las prácticas ancestrales y de medicina ancestral en las culturas amerindias. Así, se empezaron a imponer la medicina occidental y la religión católica y fueron permeando los usos y costumbres de las culturas y tradicio-

nes indígenas, trayendo consigo el desarrollo masivo desarmonías y desequilibrios a nivel familiar y comunitario.

Si se tiene en cuenta lo descrito a lo largo del presente apartado el resultado de este proceso es muy sencillo de expresar, pero demoledor para la pervivencia biológica y cultural: Se desarrollaron a lo largo de los siglos prácticas destructivas de la salud, el conocimiento y la práctica médica y partera, bajo el pretexto de no ser científica ni eficaz; a cambio, nunca llegaron los servicios de salud occidental al territorio. Ante ello, la comunidad Muisca de Bosa desarrolla una denodada lucha por su recuperación.

Con base en lo anterior, se identifica que un 9,18% de las familias, han presentado desplazamientos del territorio, y el 12,16% de las familias Muisca, habitan fuera del territorio de Bosa, por lo que se concluye que muchas son las causas de

la salida del territorio, que se pueden explicar por un choque de visiones sobre el territorio que implica formas de usarlo y habitarlo divergentes. Bajo formas violentas, jurídicas, engañosas e irrespetuosas, la visión de territorio occidental se impuso y ha arrasado lo originario que allí se encontraba. Lo Muisca se subsumió en la dinámica económica capitalista y el territorio se vio sometido a las mismas dinámicas, con lo que sus características geográficas, espirituales, simbólicas, productivas y sociales, también cambiaron, adoptando las propias del capitalismo, el urbanismo y el utilitarismo en las que se siembra su noción de desarrollo ambientalmente insostenible y socio biológicamente dañina.

Así enfermó el territorio y muy pronto a sus gentes, infestadas por las desarmonías de las grandes ciudades y los cordones de miseria instalados en las zonas marginales de la ciudad afectando su vida biológica, cultural, espiritual, económica, educativa, social y política; actualmente, se presenta una alta concentración de la comunidad en la localidad de Bosa, aunque algunas familias han tenido que desplazarse de allí. La situación se agrava en tanto en el ordenamiento territorial de la localidad actual los servicios de salud institucionales no siempre se encuentran ubicados cerca de las personas lo que conlleva barreras de acceso geográficas, económicas y de movilidad que limitan el acceso a la salud.



1.3. Mhuysqa: gente de medicina

Las transformaciones territoriales han obligado al desarrollo de una de las principales características del pueblo Muisca, especialmente de sus comunidades ubicadas en la ciudad de Bogotá: su plasticidad y capacidad para enfrentar el cambio y adaptarse (Gómez, 2023).

Este es un hecho que debe considerarse si se quiere comprender a profundidad quiénes son los hombres y mujeres Muiscas que habitan el territorio de Bosa.

Según se explicó en el apartado de metodología, las encuestas diseñadas se aplicaron a 3.234 personas y 1.002 familias que son la muestra de la investigación. A continuación, se exponen sus características generales: momento de curso de vida, sexo, orientación sexual, estado civil, aseguramiento, ingreso, ocupación y población diferencial, acompañadas del debido análisis socio epidemiológico que las contextualiza y complementa.

1.3.1. Momento de curso de vida y sexo

Respecto a el sexo de las personas encuestadas, el 48,3% son hombres y el 51,7% mujeres, con una razón hombre: mujer de 93,4 hombres por cada 100 mujeres. La mayoría de la población encuestada se ubica entre los 18 y 28 años, representando así un 44,53%.

Las edades más productivas (adulthood y juventud) representan el 62,99% de la muestra; se aprecia un descenso notable de niños y niñas, y un aumento de la esperanza de vida (con 110 usuarios de más 75 años, superando la esperanza de vida de Colombia, que según el DANE es de 72,83 años para el 2021). A continuación, se presenta la distribución de la población caracterizada:

Es palpable una relativa equivalencia entre sexos, con una diferencia porcentual del 3,4% superior

Tabla 2. Distribución de la población caracterizada por momento de curso de vida y sexo, años 2023 y 2024

Momento de curso de vida	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primera Infancia (0 a 5 años)	59	1,8%	70	2,2%	129	3,99%
Infancia (6 a 11 años)	127	3,9%	116	3,6%	243	7,51%
Adolescencia (12 a 17 años)	194	6,0%	164	5,1%	358	11,07%
Juventud (18 a 28 años)	313	9,7%	284	8,8%	597	18,46%
Adulthood (29 a 59 años)	659	20,4%	781	24,1%	1.440	44,53%
Vejez (60 años y más)	210	6,5%	257	7,9%	467	14,44%
Total	1.562	48,3%	1.672	51,7%	3234	100,00%

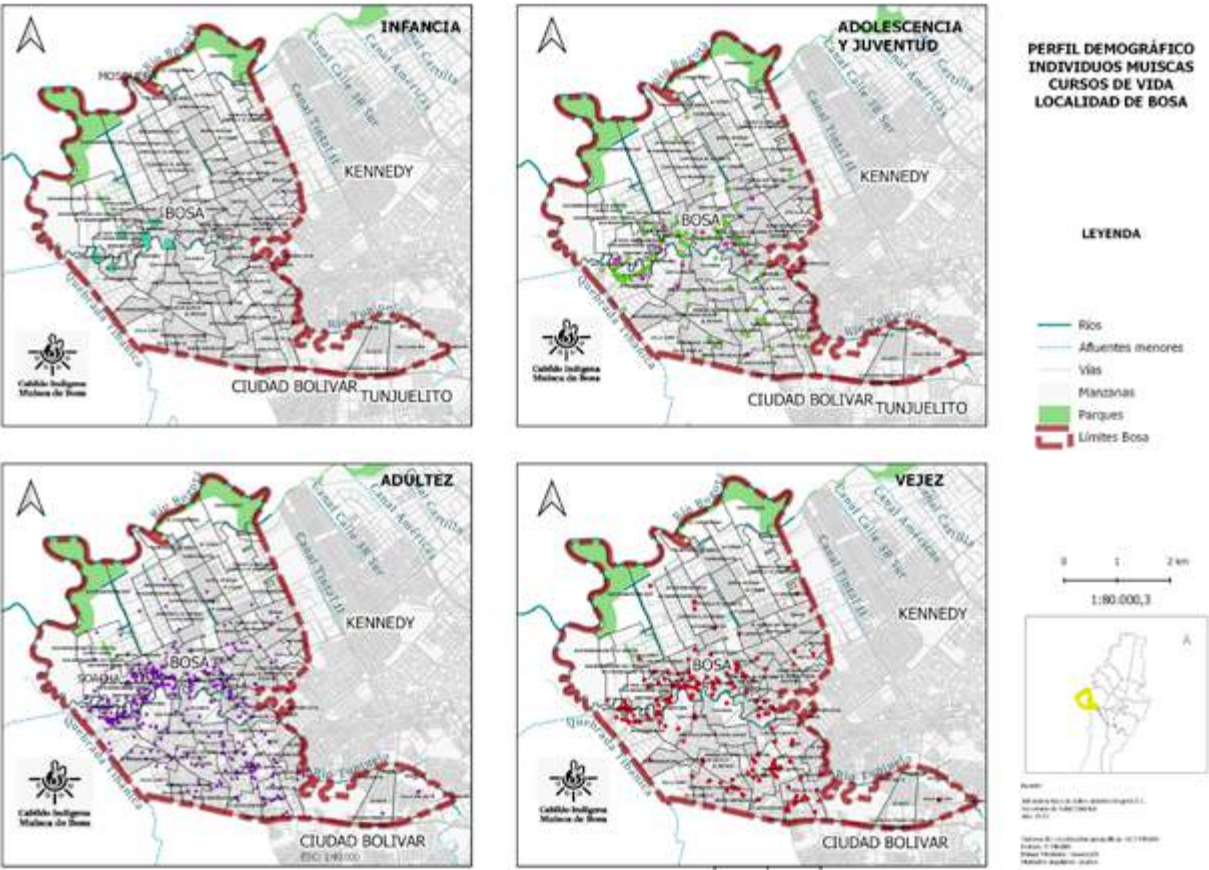
en mujeres. Por momento de curso de vida, los hallazgos sobre el sexo, presentan algunas diferencias con predominio del grupo femenino en la primera infancia, adulthood y vejez. Por otra parte, la mayor proporción de población caracterizada se encuentra en una etapa adulta productiva, es decir, entre los 29 y 59 años.

Los grupos de individuos que cursan su primera infancia e infancia son una pequeña minoría situada en núcleos familiares de los sectores ca-

tastrales como San Bernardino XVIII, EL Jardín, La Vega San Bernardino, Remanso Urbano, Remanso I y San Pablo Bosa, entre la UPZ Tintal Sur y Bosa Central, ver [Mapa 4](#).

Con respecto a los individuos que se encuentran en el momento de curso de vida adulthood están dispuestos en núcleos familiares aledaños al río Tunjuelito, extendidos por el territorio y concentrados en los sectores catastrales El Jardín, Remanso Urbano, El Remanso I, La Independencia y

Mapa 5. Distribución de comuneros en los momentos de cursos de vida del pueblo Muisca en la localidad de Bosa, 2023-2024



Chicó Sur, en las UPZ Tintal Sur y Bosa Occidental respectivamente. En cambio, la población en etapa de vejez está dispersa en las cinco UPZ que conforman la localidad de Bosa, ver Mapa 4.

Ahora bien, en el caso de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, los momentos de vida, se organizan diferente. Los sabedores cuentan que estos momentos se configuran incluso antes del nacimiento, cuando la pareja en su pensamiento refleja el deseo de procrear; luego pasa al momento de la gestación, el nacimiento, en el crecimiento se hace la diferencia para hombres y mujeres cuando los cambios fisiológicos aparecen; en el caso de las niñas con la menarquia o como desde la cosmovisión se le denomina, la primera luna y en el caso de los niños, con el cambio de su voz, se reconocen como adolescentes. Para reconocerse como jóvenes, es cuando a partir de los 14 años, se les otorga el reconocimiento por la comunidad con la capacidad de participar en la toma de decisiones; luego llega la adultez, posteriormente la vejez y finaliza cuando se da el paso o la trascendencia de lo terrenal a lo espiritual, retornando así al encuentro con Padre y Madre (Origen), iniciando nuevamente el espiral del ser.

Considerando los resultados de la caracterización poblacional efectuada en el año 2008, se evidencia un aumento en la proporción de adultos mayores pasando de 9,0% al 14,4%, y adultos pasando de 36,0% al 44,5% denotando un avance en el envejecimiento de la población de la comunidad (CIMB, 2009).

En otras palabras, los diferentes momentos de vida Muisca definen características biológicas y espirituales más o menos estables, pero también necesidades y problemas relacionados con las condiciones de calidad de vida y salud específicos, que encuentran su comprensión en la cosmovisión propia y los saberes ancestrales que prescriben para cada uno de ellos cuidados, desarmonías, curaciones y procedimientos fundados en los saberes ancestrales de medicina tradicional y partería.

1.3.2. Estado civil

En cuanto al estado civil de los comuneros, de los 2.688 comuneros y comuneras mayores de 15 años, se evidencia un mantenimiento de los estados de soltería hasta los 30 años, encontrando un 42,22% (n=1.135) de solteros, un descenso en el número de matrimonios 20,68% (n=556) y un aumento progresivo de unión libre 28,39% (n=763), sugiriendo un crecimiento de la informalidad e inestabilidad de las uniones conyugales y llevando a un aumento de las separaciones (Ruiz, 2021). Sin embargo, de los matrimonios establecidos solo el 0,26% (n=7) se han divorciado, cifra contraria a las reportadas por la Superintendencia de Notariado y Registro que establece que, entre los años 2012 y 2021, por cada 3 matrimonios colombianos 1 resulta en divorcio (Umaña, 2023).

Estas cifras son consistentes con la cosmovisión Muisca, en la que el matrimonio no es la simple unión de la pareja; sino una fuerte revitalización social y estabilidad individual, familiar y comunitaria. El matrimonio armoniza a la pareja y con sabedores, sabedoras y parteras, se prepara para la tenencia de hijos y compartir tiempos y experiencias y ordenar caminar juntos de dos seres en comunión con la naturaleza y la cultura (Gómez y Reyes, 2017).

1.3.3. Régimen de aseguramiento y EAPB

Respecto al tipo aseguramiento, el 61,75% (n=1997) de los comuneros caracterizados pertenecen al régimen contributivo, el 34,45% (n=1114) al régimen subsidiado, el 2,07% (n=67) al régimen especial o de excepción y el 1,61% (n=52) no pertenecen a ningún régimen de afiliación. De los afiliados al régimen contributivo o especial, el 61,22% (n=1980) son beneficiarios y el 36,30% (n=1174) cotizantes.

Así pues, el 98,39% de las personas caracterizadas cuenta con garantía de aseguramiento en el

sistema de salud nacional, y solo una pequeña fracción se encuentran sin afiliación, lo que da cuenta del impacto de las acciones desarrolladas por el Cabildo para aumentar las coberturas del aseguramiento, pues se orienta a los comuneros y comuneras acerca del proceso para afiliarse al régimen subsidiado de Capital Salud y la programación de la encuesta del SISBEN de ser necesaria. Cabe resaltar, que los comuneros que no pertenecen a alguno de los regímenes establecidos en el sistema de salud, presumen de un alto riesgo en su bienestar pues no están recibiendo las atenciones de carácter preventivo, ni resolutivo necesarias ante evento en salud desde la medicina occidental.

Como principal asegurador del régimen subsidiado se encuentra Capital Salud con el 21,7% (n=703) afiliados, mientras que del régimen contributivo se encuentran las EPS Famisanar y Compensar, que en conjunto concentran el 36,9% (n= 1.192) de los afiliados, ver Tabla 3. Distribución de la población Muisca de Bosa caracterizada según EAPB a la que pertenece, 2023-2024.

El principal asegurador de la comunidad es Capital Salud EPS, y su red de prestadores al interior

Tabla 3. Distribución de la población Muisca de Bosa caracterizada según EAPB a la que pertenece, 2023-2024

Nombre EAPB	Frecuencia	Porcentaje
Capital Salud EPS	703	21,7%
Famisanar EPS	607	18,8%
EPS Compensar	585	18,1%
Salud Total EPS	484	15,0%
EPS Sanitas	363	11,2%
Nueva EPS	216	6,7%
Sura EPS	123	3,8%
No asegurado	52	1,6%
Magisterio- FOMAG	48	1,5%
Otros	53	1,5%
Total	3234	100,0%

*Nota: Sanidad Militar, Aliansalud, Ecoopsos EPS, Coosalud EPS

de la localidad de Bosa, solo cuenta con una oferta de servicios de atención de primer nivel, por tanto, para el acceso a servicios de urgencias y un mayor nivel de complejidad, los comuneros deben desplazarse al punto de atención más cercano, y en este caso hace referencia a la USS Hospital Occidente de Kennedy (ubicado en la localidad del mismo nombre). Por ello, y en vista de la necesidad de atención comunitaria, se habilitó el funcionamiento desde la USS Bosa por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (Principal red de atenciones) del Hospital de Bosa, cuya apertura facilita la atención de sus afiliados en términos de tiempo, desplazamiento y accesibilidad a servicios de mayor nivel de complejidad la atención de los miembros de la comunidad afiliada a este régimen.

Por el contrario, el panorama de los comuneros afiliados a otras EAPB no es tan alentador, pues las principales sedes de atención primaria se encuentran fuera de la localidad, las atenciones de mayor nivel de complejidad se encuentran tercerizadas y los servicios de urgencias son limitados. Esto representa una barrera de acceso si se consideran los desplazamientos a los puntos de atención, la disponibilidad de agenda en los servicios tercerizados, la inclusión de copagos para la atención y la previa verificación de contratación activa con hospitales de segundo y tercer nivel, específicos para la atención de urgencias. Todo ello, sin considerar aquellas familias Muisca que, por su tipo de vinculación laboral, su régimen y estado de afiliación, fluctúan.

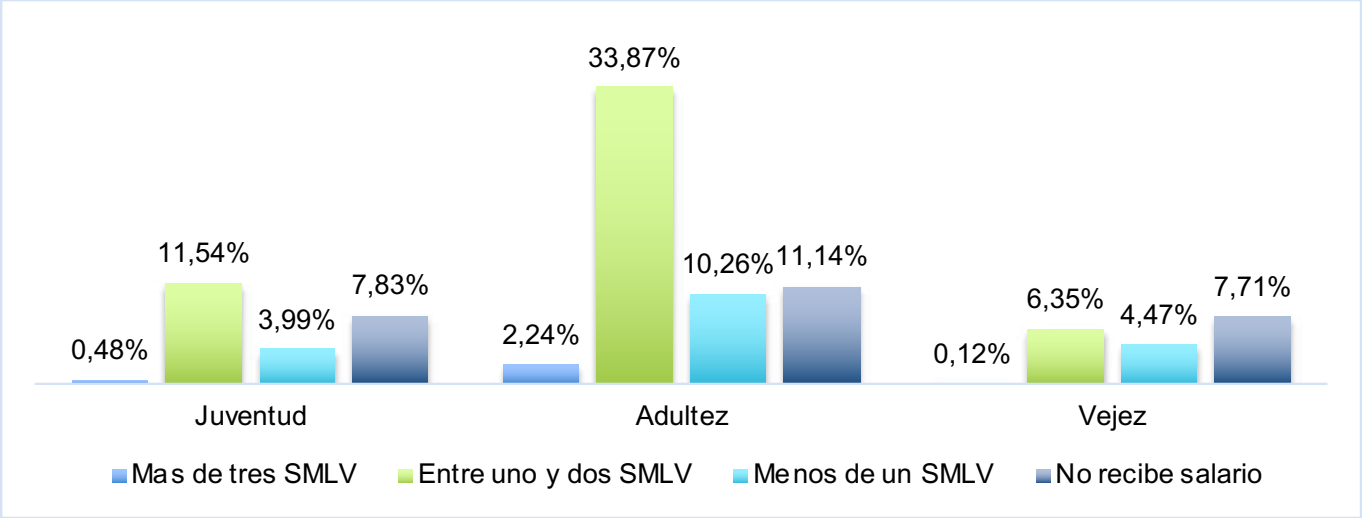
1.3.4. Ingresos

Considerando a los comuneros y comuneras en edades productivas, como quienes asumen mayormente la responsabilidad económica sobre sus familias, se precisó que 289 de los jóvenes, 848 de los adultos y 159 de los adultos mayores devengan entre 1 y 2 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV), mientras que 688

comuneros de estos tres momentos de cursos de vida refieren no recibir ningún ingreso económico, tal como se aplica en el Gráfico 2.

El DANE (2023) estableció como línea de pobreza monetaria extrema per cápita nacional para 2022 los ingresos de \$198.698 pesos y en el caso de un hogar de cuatro personas de \$794.792p esos. De este modo, los datos recopilados en la encuesta reflejan que el 42,76% de las personas de la comunidad estarían en este índice, pues no reciben un SMLMV. Es una profunda y preocupante inequidad, pues para ese año, el mismo reporte informa que la incidencia del índice apenas llegó al 13% y en Bogotá al 8,1% (DANE, 2023). Si las familias de la comunidad están integradas por unas 4,01 personas y en donde 1 o 2 integrantes trabajan, se puede intuir que para estas personas sea materialmente imposible satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y salud, trascendentales para el desarrollo armonioso e integral.

Gráfico 2. Ingresos mensuales en SMLMV por momentos de curso de vida, Comunidad Muisca de Bosa 2023-2024



1.3.5. Ocupación

En cuanto a la ocupación de los mayores de 18 años, 1.056 de los comuneros tienen empleo formal y 577 un trabajo informal, además, se estima que el porcentaje de desocupación (considerando los cesantes y ninguna ocupación) en edades jóvenes y adultas no supera el 7%; lo cual es sig-

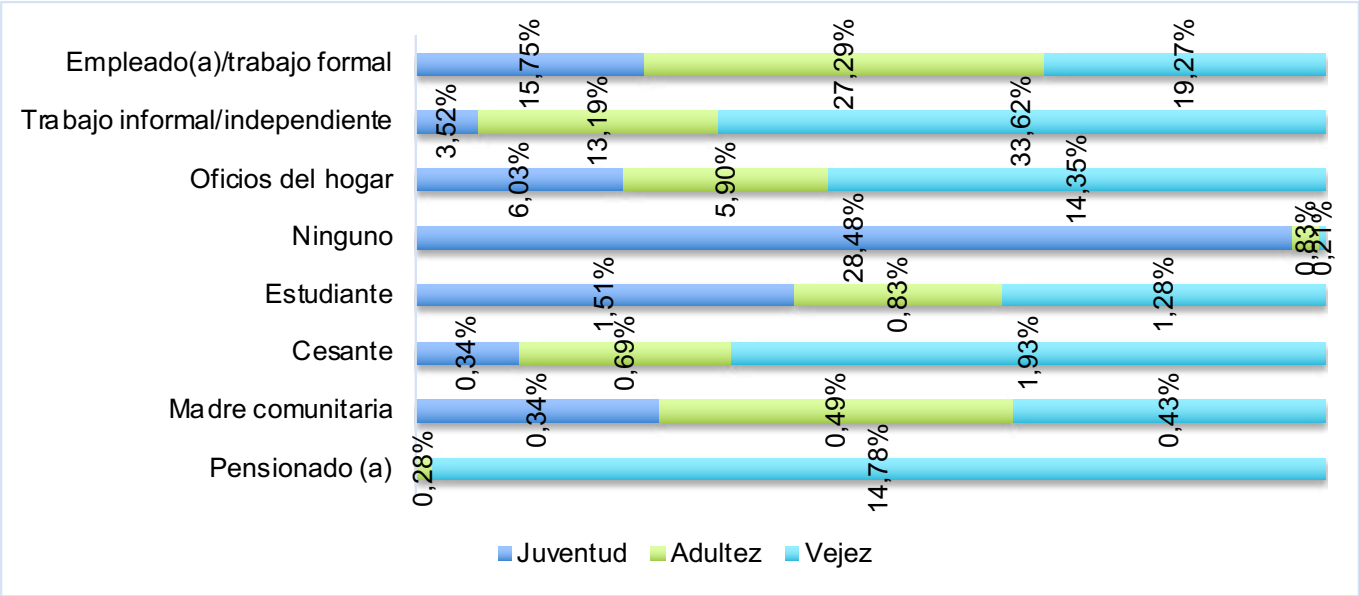
nificativamente inferior a los niveles nacionales, donde en febrero del 2024 se registró una tasa de desocupación del 11,4% (DANE; 2024) y una disminución de 1,2% respecto a la caracterización del 2008, en donde el porcentaje de desempleo era del 8,2% (CIMB, 2009).

Considerando que los empleos informales no permiten acceder a la seguridad social (aseguramiento en salud, cotización a un fondo de pensiones y protección de riesgos laborales) y sumando los comuneros sin empleo, un gran porcentaje de la comunidad, cercano al 24%, están desprotegidos ante diversas situaciones en salud y riesgos que se presentan en las labores ejecutadas, sin mencionar la ausencia de estabilidad laboral con sus efectos en la economía y el desarrollo de las familias. También se destaca que el 25,01% (n=809) de los Muisca de Bosa son estudiantes, siendo esta una de las herramientas que permiten a las personas y las familias un de-

sarrollo personal, social y económico más favorable en la sociedad actual.

Si se realiza un comparativo por momentos de curso de vida con los resultados de la caracterización del año 2008 se establece que: la población joven paso de 13% de trabajadores independientes a 15,75%, y reduciendo el porcentaje de

Gráfico 3. Distribución de la población Muisca de Bosa de acuerdo con su ocupación y momento de curso de vida, 2023-2024



empleo formal del 53% al 44%, lo que refleja la oferta y oportunidad de vinculación empleos formales y con garantías es más competitiva y por ende de más difícil consecución y que este momento de curso de vida está encontrando trabajos informales como medio de sustento, por ende se requiere de una mejor preparación y/o formación para el trabajo (CIMB, 2009).

En cuanto a la población adulta aumento del 25% al 27% los trabajos independientes, en contraste paso del 37% al 50,4% de empleos formales, asociado a que quienes en 2008 se contrataban informalmente y si garantías como empleados domésticos (12%) ahora debe tener un contrato oficial y la garantía de sus prestaciones sociales. No menos importante, el 65% de los adultos mayores en 2008 eran trabajadores familiares sin remuneración; el 11% trabajadores independientes y el 17% empleados domésticos, cifras que ahora muestran una notoria mejoría en los porcentajes de empleo formal e informal (que deno-

tan al menos ingresos para sus familias) y comuneros con pensión por vejez (CIMB, 2009).

1.3.6. Orientación Sexual⁷

El 99,47% de las personas caracterizadas se identifican como heterosexuales; sin embargo, entendiendo el reconocimiento de la identidad como un proceso social que evoluciona junto a los niveles de tolerancia y aceptación que se han logrado en las familias, el 0,53% de los participantes manifestaron reconocerse con otras orientaciones sexuales, como se evidencia a continuación:

Tabla 4. Distribución de la población pueblo Muisca de Bosa, según su orientación sexual, 2023-2024

Orientación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	3217	99,47%
Homosexual	11	0,34%
Bisexual	3	0,09%
Asexual	2	0,06%
Pansexual	1	0,03%
Total	3234	100,0%

Aunque estas orientaciones sexuales no heteronormadas cada vez encuentran mayores posibilidades de reconocimiento y expresión, todavía es un tema culturalmente reservado en la comuni-

7 Se entiende la orientación Sexual como la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, de hombres gay y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales. (Decreto 762 de 2018, Art. 2.4.4.2.1.10)

dad, pues desde la cosmogonía, la cosmovisión y el mito de origen Muisca se concibe una dualidad fundamental que implica sincronía y equilibrio entre lo femenino y lo masculino. No obstante, parte de la comunidad se ha permitido reconocer y respetar otras posibilidades en lo que a orientación sexual se refiere.

Debe destacarse que estas orientaciones sexuales no fueron incluidas en los ejercicios de identificación de condiciones de vida de la comunidad realizados los años 2008 y 2019 por lo que la cifra reportada supone un hallazgo de valor y puede ser empleada como línea de base de esta variable para futuras investigaciones o como insumo de acciones de intervención.

1.3.7. Población diferencial

De los comuneros encuestados, el 8,47% (n=274) se identifican como población diferencial. Ver Tabla 5. Cabe resaltar que en algunas familias la conformación está integrada por persona indígenas y adoptadas⁸. Estas características de identificación de vulnerabilidad no fueron consideradas el proceso realizado en el año 2008. Solo se relacionaron a las personas en condición de ha-

bitabilidad en calle, que para la fecha eran 4 (CIMB, 2009), y se considera un avance en los procesos de identificación de los riesgos y necesidades de la comunidad.

Conclusiones

Los Muiscas son gente de agua y medicina cuya actual comunidad de Bosa se compone de 972 hombres y 1.065 mujeres mayoritariamente en edades productivas (adultez y vejez), pero muchos de ellos permanecen sin trabajo o reciben ingresos que no permiten superar la línea de pobreza (832 personas no reciben salario o devengan menos de 1 SMMLV). Se trata de una población heteronormada con fuertes relaciones maritales y reducidas tasas de divorcios, aunque con algunas expresiones de diversidad sexual de reciente registro en la comunidad; asegurada principalmente por Famisanar y Compensar en el régimen contributivo y por Capital Salud en el régimen subsidiado, EAPB que no siempre cuentan con unidades para la atención en salud, servicios de urgencias, ni medicina especializada. En términos de sus diferencias individuales más allá de la condición étnica generalizada en la población, algunas personas tienen discapacidades, otras están privadas de su libertad, entre otras condiciones que obligan a tener en cuenta particularidades en los procesos de análisis y atención en salud.

Tabla 5. Población diferencial caracterizada en la comunidad Muisca Bosa, años 2023-2024

Grupo poblacional	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Actividades Sexuales Pagas (ASP)	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Habitabilidad En Calle	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Privación De La Libertad (Domiciliara O Institución Carcelaria)	2	0,7	2	0,7	4	1,4
Niños Y Niñas Bajo Protección	0	0,0	2	0,7	2	0,7
Persona Mayor En Protección	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Víctima De Conflicto Armado	1	0,36	1	0,36	2	0,73
Discapacidad	128	45,6	135	48,0	263	93,6
Total	134	48,9	140	51,1	274	100,0

8 Se concibe la persona adoptada, como la persona no indígena que establece una relación de unión familiar conyugal.



Capítulo II: características socio-epidemiológicas de la comunidad Muisca de Bosa

El presente capítulo describe las características de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a partir del análisis socioepidemiológico de las categorías y variables definidas en las encuestas aplicadas. De este modo, los resultados se estructuran por grupos de variables para cada categoría, los cuales se clasifican en secciones individuales y familiares según la encuesta y se analizan apoyados en diferentes fuentes de datos en cada caso.

2.1. Medicina tradicional y salud

La categoría pretende reconocer el estado de armonía y desarmonía en salud de la comunidad, teniendo en cuenta las enfermedades presentadas, las prácticas propias de salud conservadas y practicadas, por ello se presentan las características de las atenciones en salud, morbilidad y adherencia; creando once (11) grupos de variables de la sección individual.

Por su relevancia se destacan las variables asociadas a persona con discapacidad, personas dedicadas a la labor del cuidado, COVID-19, desarmonías crónicas, Atención primaria y vacunación, salud sexual y reproductiva, tamizajes de cáncer, salud Mental, consumo de sustancias psicoactiva (SPA), autocuidado y adherencia a los tratamientos, conocimiento, apropiación y uso de la Medicina Ancestral.

Las ideas, conocimientos y prácticas relacionados con la salud y la enfermedad de la comunidad Muisca de Bosa difieren de los cánones científicos occidentales modernos, pues parten de los principios propios de la armonía y la integralidad.

Fotografía 1. Rigoberto Neuta Tunjo - Medico Tradicional Comunidad Indígena Muisca de Bosa, en Casa Sagrada Qusmhuy, 2023



En este sentido, aspectos como el cuerpo, las desarmonías, su etiología y los tratamientos de sanación, mantienen una dimensión inmaterial espiritual incorporada en todas las acepciones y buscan la restauración del cuerpo, el espíritu, el territorio, la sociedad y el orden cósmico. Un reciente ejercicio de memoria sobre conceptos propios en medicina tradicional afirma que:

La salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino a un equilibrio entre el individuo, la comunidad y la naturaleza. La salud involucra aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales, rescatando que la salud propia por medio de sus atenciones, acompañamientos desde lo ancestral, espiritual y medicinal con plantas propias logra unificar la Armonía con la Naturaleza, Equilibrio Espiritual, Vida Comunitaria, Conexión Social, Conocimiento Tradicional, Cuidado Personal, Equilibrio Emocional (CIMB, 2023b, p. 55).

El Plan de Vida de la Comunidad Muisca de Bosa ha definido que la medicina tradicional corresponde a la suma de conocimientos y procedimientos basados en las creencias, experiencias y prácticas utilizadas para mantener la salud y para prevenir, mejorar o tratar enfermedades físicas, mentales o espirituales. Comprendiendo lo anterior, comprendiendo que existe una capacidad de adaptación o actualización de las diferentes prácticas sujetas al devenir histórico. (CIMB, 2020a, p. 40)

De este modo, la medicina tradicional Muisca se práctica en dos escenarios, el familiar y el comunitario. En el primero, predomina el uso de plantas medicinales y sagradas, cristalizado en técnicas preventivas, armonizantes y terapéuticas. En el segundo, prevalecen los conocimientos de médicos ancestrales, parteras, sobanderos, sobanderas, sabedores y sabedoras que promueven la salud, previniendo y curando la enfermedad cuando esta se presenta y no puede ser atendida eficazmente por las madres, tías o abuelas de las familias y clanes (CIMB, 2020a).

Según estas connotaciones culturales que explican la salud y la enfermedad Muisca, la información recolectada en la categoría de Medicina Tradicional y Salud se presenta en 9 agrupaciones de variables preestablecidas (Personas con

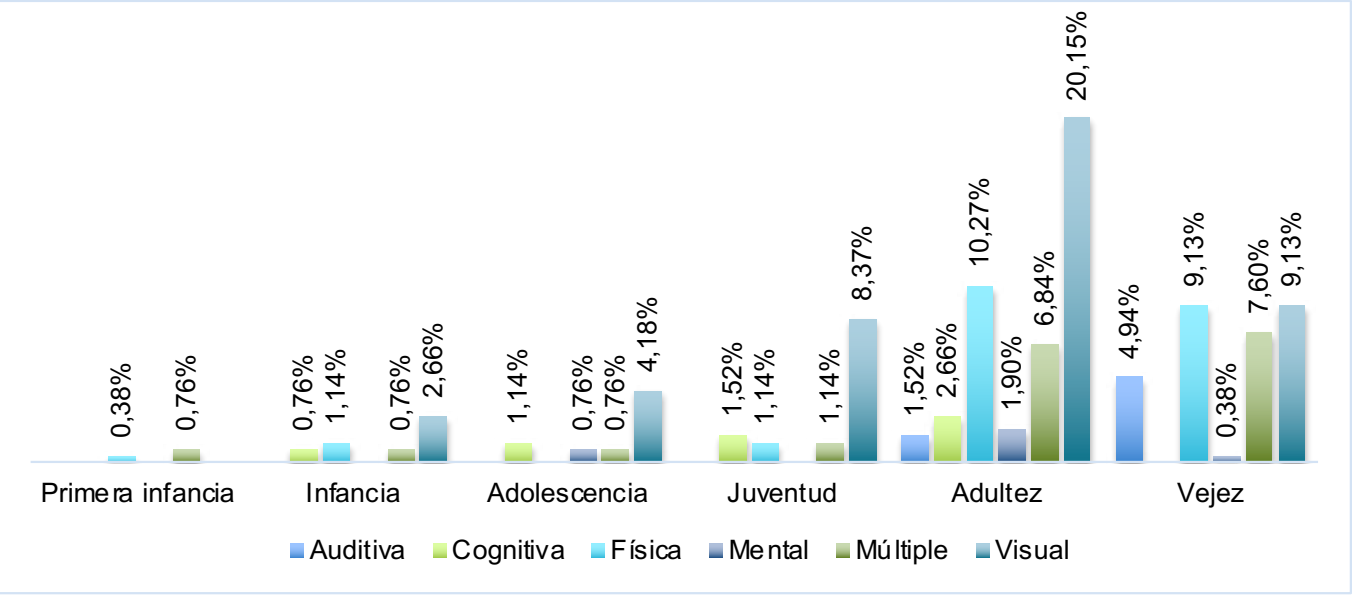
discapacidad; COVID 19; Desarmonías crónicas; Atención primaria y vacunación; Salud sexual y reproductiva; Tamizajes de cáncer; Salud mental; Autocuidado, prevención de las enfermedades y adherencia a los tratamientos; Apropiación, aceptación y uso de la medicina ancestral y partería y sus barreras), todas ellas pertenecientes a una única sección individual, según lo expuesto a continuación.

2.1.1. Personas con discapacidad

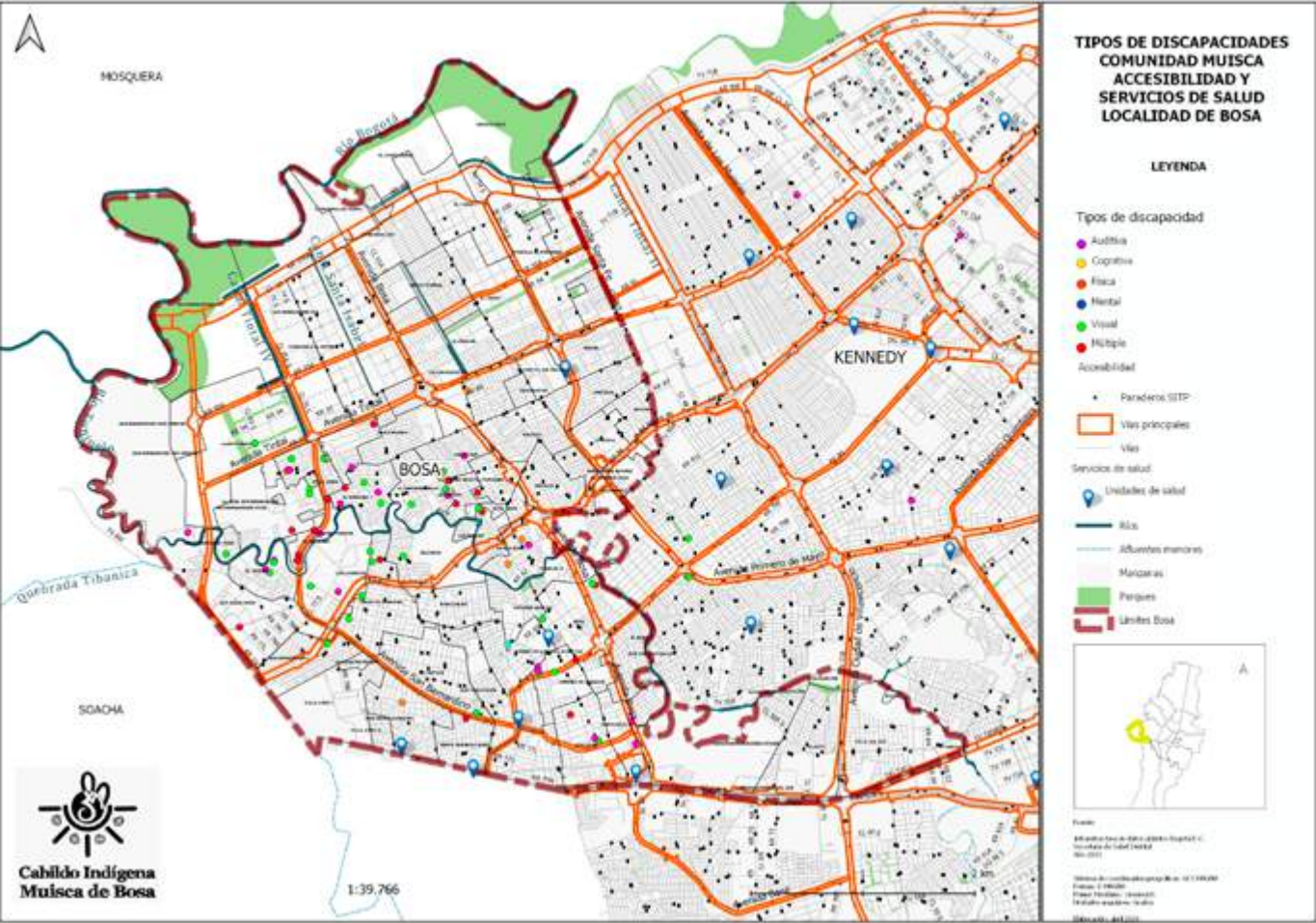
Las condiciones de discapacidad en la población de étnica muisca se presentan en diversos núcleos familiares, en especial dentro del contexto de mayor densidad demográfica de la comunidad, esto es, en El Jardín, El Remanso, San Bernardino XVIII y La Independencia donde habitan personas con discapacidades múltiples, físicas, cognitivas, mentales y auditivas.

De los 3.234 comuneros y comuneras caracterizados, el 8,13% (n=263) presentan alguna discapacidad; de ellos, el 44,5% (n=117) presenta discapacidad visual, el 22,05%(n=58) física y el 17,87% (n=47) presentan discapacidad múltiple. En la comunidad la mayoría de los comuneros con esta situación cursan por la edad adulta, sin embargo,

Gráfico 4. Distribución de comuneros según tipo de discapacidad y momento de curso de vida, 2023-2024



Mapa 6. Ubicación de los tipos de discapacidad, vías de acceso y transporte público en la localidad de Bosa, Comunidad Muisca de Bosa, 2023-2024



es sensible la presencia de casos durante la primera infancia e infancia.

A este respecto, es importante resaltar que según la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) para 2018 “en Bogotá existen 458.088 personas con discapacidad en 176.150 hogares, lo que representa el 6,41% del total de la población en la capital del país” (SDP, 2020, párr. 2), pues demuestra que la Comunidad Indígena Muisca de Bosa está por encima del índice distrital también en materia de discapacidad superándolo en un 1,72%.

La situación se agrava al desagregar la información respecto a la inscripción en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, pues de los 263 encuestados con discapacidad, solo el 16,35% (n=43) refieren estar inscritos frente al 83,35% (n=220) que refirió no contar con este certificado. Esto sugiere que las estrategias desplegadas por las entidades para la identificación de perso-

na con discapacidad requieren fortalecerse, así como el agenciamiento de los comuneros y sus cuidadores para la realización del trámite, hechos limita su acceso a los beneficios y servicios consagrados, como el acceso gratuito a los diferentes programas y servicios de las entidades del distrito, ofertas de educación, entretenimiento, empleo y bienestar (Castiblanco, 2023), es importante señalar que los usuarios deben cumplir con un mínimo de requisitos para ser reconocidos e incorporados en el sistema.

Es fundamental resaltar la importancia de la inscripción de las personas con discapacidad a este registro, pues brinda herramientas que les permiten desarrollar sus actividades diarias de forma efectiva, además de proporcionarles garantías en su cuidado y acompañamiento físico, mental y emocional, fortaleciendo y facilitando su calidad de vida, desarrollo integral y la de sus familias.

Desde el punto de vista del acceso al transporte por parte de estas comunidades, las carreteras, bien pavimentadas, permiten navegar, entrar y salir del territorio, pero la conexión con el transporte público interurbano es incipiente. Como se visualiza en el mapa, apenas se atisba un puñado bastante discontinuo de paradas de sistemas de transporte público en las cuales rigen unos ritmos de frecuencia que tardan considerablemente mientras las personas con discapacidades deben, a la intemperie y sin algún mueble urbano, aguardar el bus a una hora inesperada. Los sistemas de ejes viales principales quedan a distancias mayores a 1 kilómetro desde las áreas más densamente pobladas. No hay estaciones o nodos de transporte que articulen y se ramifiquen adentro del territorio lo que hace más dispendioso los flujos por trabajo, estudio, o por adquirir ciertos servicios que se localizan más allá de su entorno inmediato. Todo lo anterior genera serios obstáculos para las personas con discapacidades que tienen que valerse con sus sentidos, asaces limitados, para moverse a través de la malla urbana en su diario vivir y así lograr sus actividades diarias desplegadas hacia las diferentes dimensiones de su acontecer.

De los 263 participantes con discapacidad, se encontró que el 26,62% (n=70) requieren ayuda y/o cuidado de tiempo completo de otra persona para desarrollar sus actividades diarias. Esta necesidad, que en la actualidad es mayoritariamente suplida por miembros de las familias o la comunidad ante la ausencia estatal, implica para las personas en condición de discapacidad y sus cuidadores, importantes traumatismos en el desarrollo pleno de su vida cotidiana; aun con esta dificultad, se evidencia que el 36,12% (n=95) cuentan con una persona que les brinda el apoyo requerido.

De los datos recolectados, se resalta que el 53,61% (n=141) de las personas con discapacidad caracterizadas no cuentan con ayudas técnicas⁹ que les permita disminuir las dificultades en la ejecu-

ción de sus actividades de la vida diaria. Estos dispositivos mejoran la calidad de vida de estas personas y sus familias y su disponibilidad se relaciona directamente con la inscripción en el registro de personas con discapacidad.

De las 263 personas con discapacidad el 40,68% (n=107) requiere terapias y/o rehabilitación “con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida” (Ley 1618 de 2013, Art. 9). De estas 107 personas que requieren terapia y/o rehabilitación, el 63,55% (n=68) reciben estas atenciones y el 36,45% (n=39) que no. Sobre las causas de este problema, Madrid et al. (2016) han demostrado la influencia de “las barreras de acceso administrativas, tecnológicas, económicas y físicas”, entre las que se pueden contar:

Entidades Promotoras de Salud (EPS) que aducen no tener “red” y no dan respuesta oportuna a los usuarios. Respuestas de las entidades prestadoras de servicios de salud, sustentadas en no tener más recursos económicos para continuar con los tratamientos que requiere el contribuyente o beneficiario. No reconocimiento de reembolsos, debido a los gastos asumidos por los contribuyentes o beneficiarios al sistema de salud, sustentado en la prontitud y oportunidad que no dan las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Contribuyentes y beneficiarios que no cuentan

9 La NTC-ISO 9999 define las ayudas técnicas como “todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.” Dentro de estas, algunas que se pueden resaltar son las sillas de ruedas, camas y colchones hospitalarios, colchones y cojines anti escaras, fajas de protección para la columna, zapatos ortopédicos, plantillas y aditamentos para la alimentación, kit de videncia y baja visión, medias de compresión, barras de sujeción, sillas sanitarias, bipestadores, entre otros dependiendo del tipo de discapacidad.

con los recursos económicos necesarios para asumir tratamientos ordenados. Auxilio del servicio de transporte en el sistema de salud. La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras, así como los casos en que procede su exoneración. Amparo para el acceso a tratamientos y medicamentos. (Madrid et al., 2016)

Según los datos recolectados, 373 personas de la comunidad son beneficiarias de algún subsidio de la Secretaria de Distrital de Integración Social - SDIS, así:

- El 1,6% (n=6) reciben el bono - persona con discapacidad,
- El 26,8% (n=100) envejecimiento digno, activo y feliz- adultez y
- Un 72,9% (n=272) el comprometidos por una alimentación integral cabildos indígenas

Considerando que estos beneficios contribuyen al cubrimiento de necesidades básicas como alimentación, vivienda, algunos medicamentos o insumos requeridos para el desenvolvimiento cotidiano, la oferta institucional es limitada y las personas beneficiadas pocas.

Como primera medida, es importante resaltar que en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa no se ha definido un concepto de discapacidad y teniendo en cuenta que, desde la cosmovisión los sabedores refieren la existencia de una relación y suma de varios factores que inciden en su aparición. Por ello la comunidad busca comprender los aspectos subyacentes asociados el linaje de padres, abuelos, tatarabuelos, buscando la genética desde los clanes y las desarmonías familiares en donde se pueden presentar situaciones que desencadenan la aparición de algún tipo de discapacidad en los comuneros, como las faltas a la Ley de Origen por parte de las familias y personas que también podrían ser una de las causas de la aparición de discapacidades.

2.1.2. Personas dedicadas a la labor de cuidado

En torno a las personas que ejercen el rol de cuidadores, del total de la muestra, el 12,0% (n=389) participantes refieren ser cuidadores de residentes en la misma vivienda; de estos, 314 son mujeres y 75 son hombres. Respecto al tiempo que llevan ejerciendo la labor de cuidado 281 que representa al 72,24% de los cuidadores llevan más de 5 años en el rol del cuidador, el 20,82% (n=81) entre 1 y 5 años y el 6,94% restante (n=81) refirió hacerlo menos de 6 meses.

Sobre estas personas que ejercen el rol de cuidadores, es necesario tener en cuenta que su salud puede tener afectaciones físicas, emocionales, sociales, económicas o interrelacionadas, debido a la carga física y emocional que supone la actividad y el tiempo invertido en la labor de cuidado (Rogeró-García, 2010), generando desarmonías y desequilibrios a nivel personal, familiar y comunitario.

Comprender la razón por la que 389 personas de la comunidad están dispuestas a realizar los esfuerzos descritos, implica saber que, cuidar de otros ha sido parte de la misión Muisca desde sus orígenes, pues desde que Bachué (Gran Madre cuidadora linaje Muisca) emergió de la Gran Laguna enseñó a los humanos “el don de cuidar a la humanidad, cuido que fundamenta la Ley de Origen: cuido del agua, cuido de la tierra, cuido del fuego, cuido del aire y, en lo humano, cuido al otro, al pensamiento.” (CIMB, 2023a, p. 25). Pero esta explicación sería incompleta si no se insiste en que la ausencia de cuidadores financiados por el sistema de salud obliga a la solidaridad familiar y con ello el 12% de almas Muisca no pueden dedicar con normalidad su vida a actividades espirituales, académicas, laborales o recreativas con su debido impacto en el progreso y la calidad de vida familiar y comunitaria.

De los comuneros y comuneras cuidadores, 173 refirieron ejercer este rol para con sus hijos y 93 para sus padres, se destacan 24 (6,17%) partici-

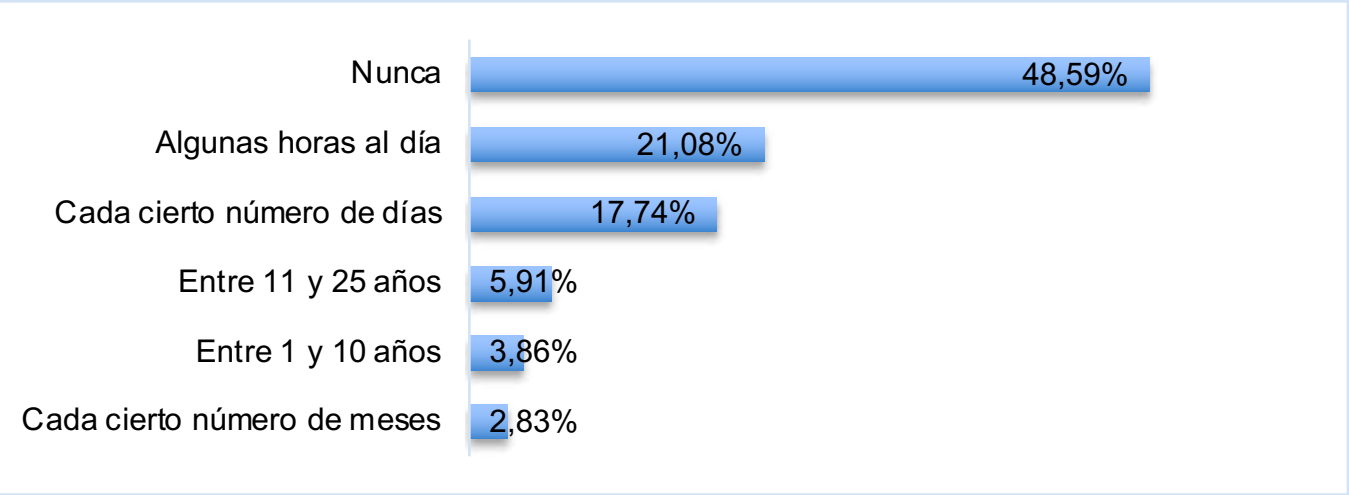
Tabla 6. Tipo de vínculo del cuidador con la persona cuidada, Comunidad Muisca de Bosa 2023-2024

Vínculo con la persona cuidada	Frecuencia	Porcentaje
Hijo (A)	179	46,0%
Padre / Madre	93	23,9%
Nieto (A)	52	13,4%
Cónyuge	27	6,9%
Otro Pariente	18	4,6%
Abuelo (A)	15	3,9%
Hermano (A)	12	3,1%
Jefe Del Hogar	11	2,8%
No Pariente	4	1,0%
Hijastro (A)	1	0,3%
Total	389	100,0%

pantes que reconocen tener a su cuidado más de una persona a la vez y 52 (13,36%) adultos mayores dedicados a sus nietos y nietas, ver Tabla 6. En el caso de la comunidad Indígena Muisca de Bosa, se identifica que la labor del cuidado no se realiza únicamente para personas con discapacidad, pues en el marco del relacionamiento familiar existe una estrecha proximidad y tendencia a la protección de sus integrantes principalmente los que se encuentran en los extremos de los cursos de vida, personas mayores y niños y niñas.

Así mismo, la labor de cuidado puede ser altamente demandante interfiriendo en el desarrollo

Gráfico 5. Frecuencia de descanso del cuidador dentro del ejercicio de su labor, Comunidad Muisca de Bosa, 2023-2024



del proyecto de vida del cuidador. A la gran carga física y emocional de ejercer labores de cuidado, se añade un factor de suma importancia en la salud de los cuidadores, que corresponde a insuficientes tiempos de descanso de estas actividades.

El hecho de que, de los 389 cuidadores el 48,59% (n=189) nunca descansan o no son relevados de su labor de cuido, ver Gráfico 5, y de que algunos tengan a cargo más de una persona, robustece la hipótesis de que pueden desarrollar afectaciones en su salud física y espiritual, pues según ha sido documentado:

Las principales consecuencias negativas relacionadas con la salud de los cuidadores son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimo bajo, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa. El cuidado familiar también tiene consecuencias en la salud física de los cuidadores. Se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población y que experimentan cansancio físico, deterioro de su salud y falta de tiempo para su autocuidado debido a esta actividad. (Rogeró-García, 2010, p. 49).

Lo anterior muestra la importancia de reconocer el papel de la medicina ancestral en la prevención del cuidado integral de los cuidadores desde

lo espiritual, los usos y costumbres y la articulación con las entidades distritales para el acceso de los cuidadores a programas de cuidado para fomentar la salud física, mental, emocional y espiritual.

2.1.3. Impacto COVID-19

Luego de introducción de la COVID-19, el 52,6% (n=1701) de los encuestados refirieron que fueron diagnosticados alguna vez con la infección por Coronavirus de Tipo 2 causante de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS CoV 2) o COVID 19;

Se indago acerca del manejo de la infección, y se observó que 1.064 comuneros manejaron sus síntomas con medicina alopática, el 32,10% (n=546) con medicina homeopática, 25,57% (n=435) con medicina tradicional/ancestral indígena y un 5,23% (n=89) no trataron o le dieron manejo a su infección. Se estableció que el 23,87% (n=406) comuneros y comuneras utilizaron de manera simultánea más varias medicinas.

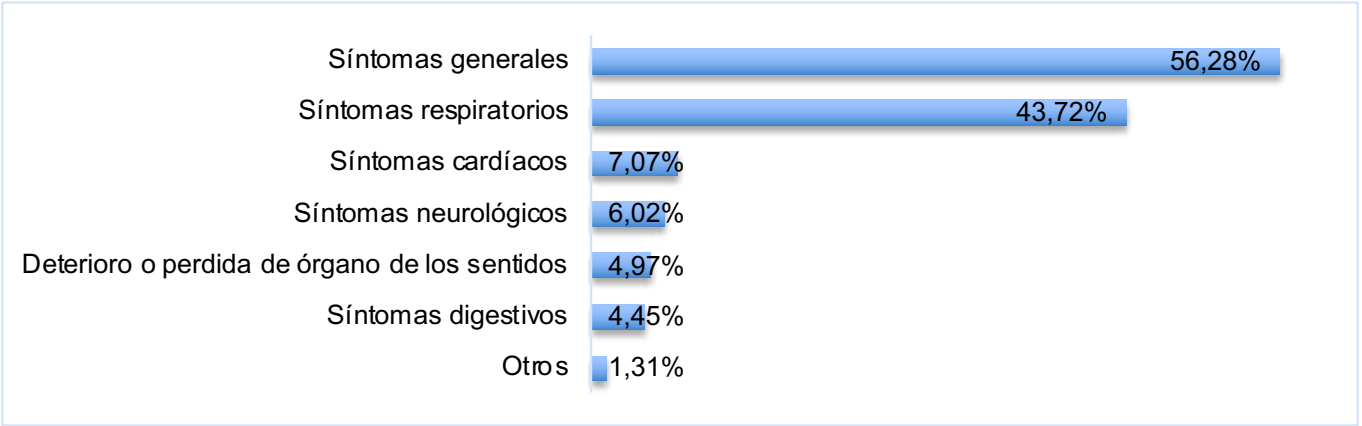
Por otra parte, el 22,46% (n=382) de los encuestados anotaron la presencia de secuelas posinfección, entra las que cabe mencionar que el mayor peso porcentual lo tienen síntomas generales que incluyen dolor de cabeza, dolor en articulación, malestar general o astenia (n=215);

167 reportan síntomas respiratorios como gripe frecuente, dificultad ocasional para respirar, y exacerbación de los síntomas propios del EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y el asma; 27 informan síntomas cardíacos como arritmias y palpitaciones ocasionales y exacerbación de síntomas propios de la Hipertensión e insuficiencia cardiaca; 23 síntomas neurológicos como vértigo, dificultad para dormir y concentrarse; 17 digestivos como diarrea; 19 deterioro o pérdida de los sentidos como olfato, gusto y visión y por último 5 síntomas no asociados a otra categoría como los son pérdida del cabello y Síndrome de Von Willebrand (Dificultades para la Coagulación natural). Ver Gráfico 6.

Los datos reflejan el gran impacto de este virus en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa que afectó a más de la mitad de sus miembros; además de haber dejado diversos y masivos tipos de secuelas en su salud física, mental, espiritual y emocional, desencadenando la presentación de nuevas desarmonías y desequilibrios, que se evidencian en el siguiente gráfico.

Según lo anterior, a pesar del protagonismo y la inversión de recursos públicos de la que fue objeto la medicina alopática durante la pandemia, la medicina homeopática y la medicina ancestral/tradicional también jugaron un papel fundamental en el tratamiento de esta infección y tuvieron un uso destacable que demuestra que en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa es un hecho el

Gráfico 6. Tipo de secuelas de la infección por COVID-19, Comunidad Muisca Bosa



acercamiento a los tratamientos relacionados con el uso de plantas.

Nuestros sabedores y sabedoras relatan que entre los remedios empelados en ese momento se encontraban el Romero en infusión y el extracto del Sauco, para limpiar los pulmones; en vaporizaciones, la manzanilla con Sal Biguá y Jengibre, la Malva y el Llantén, la Sábila en ungüento; mientras el Eucalipto y la cebolla roja, para calentar y limpiar el ambiente de las habitaciones, entre otras tantas que intervienen en problemas respiratorios. Todo esto se realiza en apego a los usos y costumbres y la cultura de cuidado ancestral, estrechamente relacionada con la sanación y armonización de enfermedades de manera natural y ancestral y evitando impactos adicionales o secundarios en el cuerpo, alma y espíritu que son comunes por el uso de medicamentos alopáticos.

Las respuestas a la encuesta individual también revelan que 2.770 personas (85,65%) cuentan con esquema de vacunación para COVID 19. De ellos 282 (10,18%) solamente iniciaron el esquema con una dosis, 1349 (48,7%) recibieron dos dosis; adicionalmente, 972 (35,09%) y 167 (6,03%) personas recibieron su primer y segundo refuerzo del biológico respectivamente. Esto evidencia que la mayoría de los participantes caracterizados mantuvieron algún nivel de adherencia a la vacunación reflejado en la aplicación de más de una dosis de los biológicos.

Respecto a los biológicos (vacunas) utilizadas la mayoría fueron inmunizados con Pfizer 27,87% (n=772) y Sinovac 21,37% (n=592), y algunos recibieron esquemas mixtos (17% (n=471), entendiendo este esquema como el uso de biológicos de más de una casa farmacéutica.

Finalmente, se evidencio que 464 personas no cuentan con esquema de vacunación. De ellas, 214 (46,12%) declararon no hacerlos por elección personal, 77 (16,59%) por no creer en el virus o en las vacunas, 74 (15,95%) porque para su edad (menores de 5 años) en su momento no había bioló-

gico disponible, 55 (11,85%) porque sus padres o tutores no brindaron autorización (haciendo referencia a menores de edad) y 10 (2,16%) porque siempre mantuvieron el aislamiento, no se contagiaron y no les pareció necesario vacunarse. En todo caso, es importante reconocer el debido derecho a la libre elección de las personas y familias según sus convicciones, intereses y necesidades.

2.1.4. Desarmonías crónicas

Se evidencia a partir de los datos la presencia de enfermedades crónicas en 343 participantes, que corresponden al 10,61% de la muestra. Estas enfermedades se definen como:

Procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Tienen una etiología múltiple, su desarrollo es poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y, con algunas excepciones, su origen no es infeccioso. (Ardila, 2018, p. 1)

De los participantes que padecen alguna enfermedad crónica, 175 (52,02%) presentan hipertensión arterial, 72 (20,99%) diabetes mellitus, 29 (8,45%) enfermedades autoinmunes o degenerativas como artrosis, artritis y/o lupus, 23 (6,71%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 22 (6,41%) cáncer y 21 (6,12%) enfermedades del sistema endocrino como hipo e hipertiroidismo. Además, se encontró 244 (71,14%) que son pacientes pluripatológicos.

La pluripatología entendida como la aparición de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente cada vez es más frecuente en nuestra sociedad debido al aumento en la esperanza de vida y al envejecimiento de la población. Esta tiene importantes repercusiones en la salud de una pobla-

ción, ya que supone una atención sanitaria más frecuente, aumenta la probabilidad de requerir ingreso hospitalario y de consumir fármacos, altera la calidad de vida, genera discapacidad y aumenta el riesgo de muerte (Rivas, et al. 2009, p. 836)

Condiciones presentes en su mayoría en población adulta (39,65%) y adulta mayor (50,15%), asociados a factores ambientales, hábitos de cuidado personal e historia familiar. Es evidente la necesidad de establecer los factores desencadenantes específicos de la presencia de las enfermedades crónicas de las personas identificadas en la comunidad Muisca de Bosa para generar acciones para su prevención, pues es de interés que la Organización Mundial de la Salud (OMS) las haya asociado con “el rápido desarrollo urbano no planificado, la generalización de modos de vida poco saludables y el envejecimiento de la población, la alimentación poco saludable y la falta de actividad física” (OMS, 2023, párr. 12).

La afirmación anterior guarda una estrecha relación con el caso de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa que, como ya se describió, ha sufrido la transformación del suelo de rural a semiurbano, cambiando la práctica de cultivo y autoconsumo del alimento propio, por alimentos contaminados con químicos que alteran las propiedades naturales de los alimentos y cuyo consumo habitual puede desencadenar enfermedades como la diabetes o la hipertensión, entre otras. En la cosmovisión Muisca la enfermedad se interrelaciona directamente con la alimentación y si Hystcha Guaia (Madre Tierra) está enferma o contaminada, sus hijos, o sea la comunidad, empiezan a enfermar junto a ella.

De los 343 comuneros y comuneras con enfermedad crónica 36 (10,50%) no han asistido en los últimos 6 meses a control médico para manejar su o sus patologías, lo que aumenta el riesgo de complicaciones en su patología, de muerte prematura asociada, mientras que 307 (89,50%) demuestran adherencia a control médico de seguimiento para su enfermedad considerando su

nivel de complejidad; 45 (13,12%) no se consideran adherentes al tratamiento, planteando alternativas y herramientas para sobrellevar estas enfermedades y mejorar su calidad de vida.

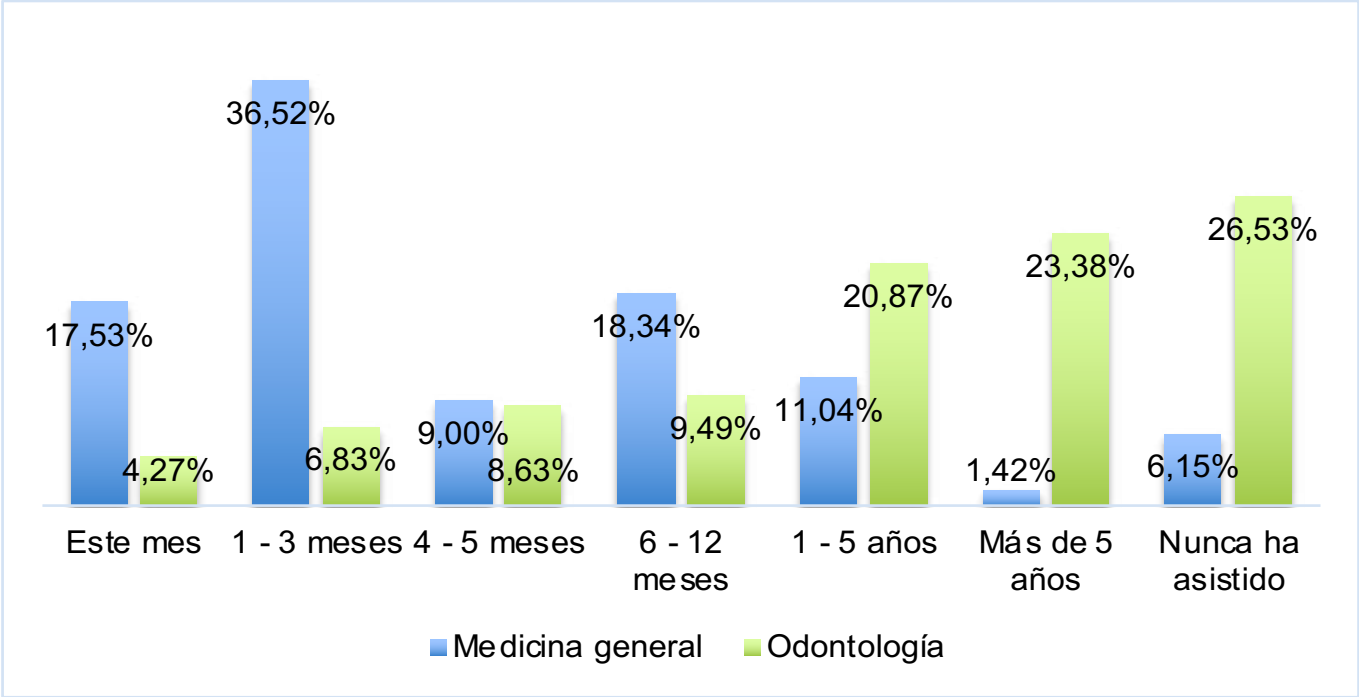
De estos mismos comuneros y comuneras 231 (67,35%) no se consideran adherentes a la ruta cardíaca cerebro vascular y metabólica para el manejo de su o sus patologías, lo que señala una baja recepción a la ruta a pesar de su importante objetivo:

Definir ordenar e integrar las intervenciones colectivas e individuales y las acciones de la gestión de la salud pública requeridas para intervenir a las personas con riesgo de alteraciones cardio- cerebrovascular- metabólica para evitar la aparición de los eventos y/o la progresión de la enfermedad y disminuir la mortalidad prematura por estas causas. (Vivas, 2022).

Pese a su relevancia para disminuir el impacto en salud de las personas con enfermedades crónicas, su adherencia es muy reducida y sus razones se desconocen en la comunidad, evidenciando la necesidad de fomentar una mayor participación que mejore la calidad de vida y decrements los efectos secundarios de estas enfermedades.

Pese a que en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa las causas de la baja adherencia al tratamiento farmacológico aún son de indagación, se identifica a partir de estudios realizados en comunidades Indígenas como el de Oliva y Narváez (2023), quienes identificaron para el caso de la comunidad Pehuenche del pueblo Mapuche que, en lo que respecta a las enfermedades crónicas y al componente biológico, se integran construcciones culturales, que afectan las conductas cotidianas y que se relacionan con el tratamiento; considerando que en esto se deben presentar creencias distintas a la medicina alopática, en las que se encuentran el sistema de creencias religioso-políti-

Gráfico 7. Comparación de la frecuencia de última asistencia a servicios de medicina general y odontología, Comunidad Muisca de Bosa



cas, que justifican el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos o el consumo inadecuado de alimentos. (Oliva, P. & Narváez, C. 2013).

2.1.5. Atención primaria y vacunación

Asistencia a servicios de medicina general. Durante la caracterización se indago acerca de la última vez que asistió al médico en la medicina occidental, frente a esto, los datos señalan que el 81,39% (n=2.632) de los comuneros refirieron asistir durante el último año, es decir, asistieron de manera frecuente a este servicio, ver Gráfico 7. En contraste con esto, el 11,04% (n=537) refirió hacerlo en un periodo de 1 a 5 años, otro 1,42% (n=46) registro que lo hizo hace más de 5 años y un significativo 6,15% (n=199) anotó nunca haber recibido atención de un médico occidental, esto último, reflejando el no reconocimiento de las medicinas occidentales en su vida cotidiana ni de su importancia en el cuidado de la salud.

Lo anterior supone reconocer a las atenciones no conocidas por el sistema de salud occiden-

tal como consultas espirituales, limpiezas, despojos, armonizaciones entre otras y, como se verá después, muchas de las atenciones las desarrollan médicos ancestrales y parteras Muisca de Bosa según las costumbres comunitarias propias y las decisiones individuales.

Asistencia a servicios de salud oral. Frente a la salud oral, se establece una frecuencia de uso anual para los mayores de 6 meses de edad y bianual para los mayores de 18 años, en la caracterización identificó que 2.817 (87,11%) comuneros han asistido a esta consulta en el último año y que 279 comuneros y comuneras nunca han asistido a consulta odontológica, ver Gráfico 7 , por tanto, el estado del cuidado bucal de esta parte de la población no ha recibido atención; así mismo, las razones que explican su inasistencia a consultas odontológicas son desconocidas para el sistema de salud y para la comunidad.

A partir de los conocimientos médicos tradicionales y de los materiales disponibles en el territorio ancestral, la comunidad Muisca de Bosa ha desarrollado conocimientos y prácticas en salud oral que le permiten el alivio de dolencias y enfermedades dentales, así como hacer frente a los



problemas de accesibilidad e indiferencia cultural por parte del sistema sanitario occidental. De este modo, mediante el uso de plantas medicinales y materiales propios se da tratamiento a dolores (clavo de olor, ajo, romero, sal de vigua, piedra lumbre), inflamaciones e infecciones (tabaco, yerbamora, caléndula) de la boca. Como expresión transcultural de la salud oral, la comunidad complementa el uso de plantas con medicamentos alopáticos (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos) y otros productos (alcohol, Linimento negro, calzas eléctricas, esmalte para uñas, betún para zapatos) que suelen ser producto de la automedicación (Ospina et al., 2021).

A partir de los conocimientos médicos tradicionales y de los materiales disponibles en el territorio ancestral, la comunidad Muisca de Bosa ha desarrollado conocimientos y prácticas en salud oral que le permiten el alivio de dolencias y enfermedades dentales, así como hacer frente a los problemas de accesibilidad e indiferencia cultural

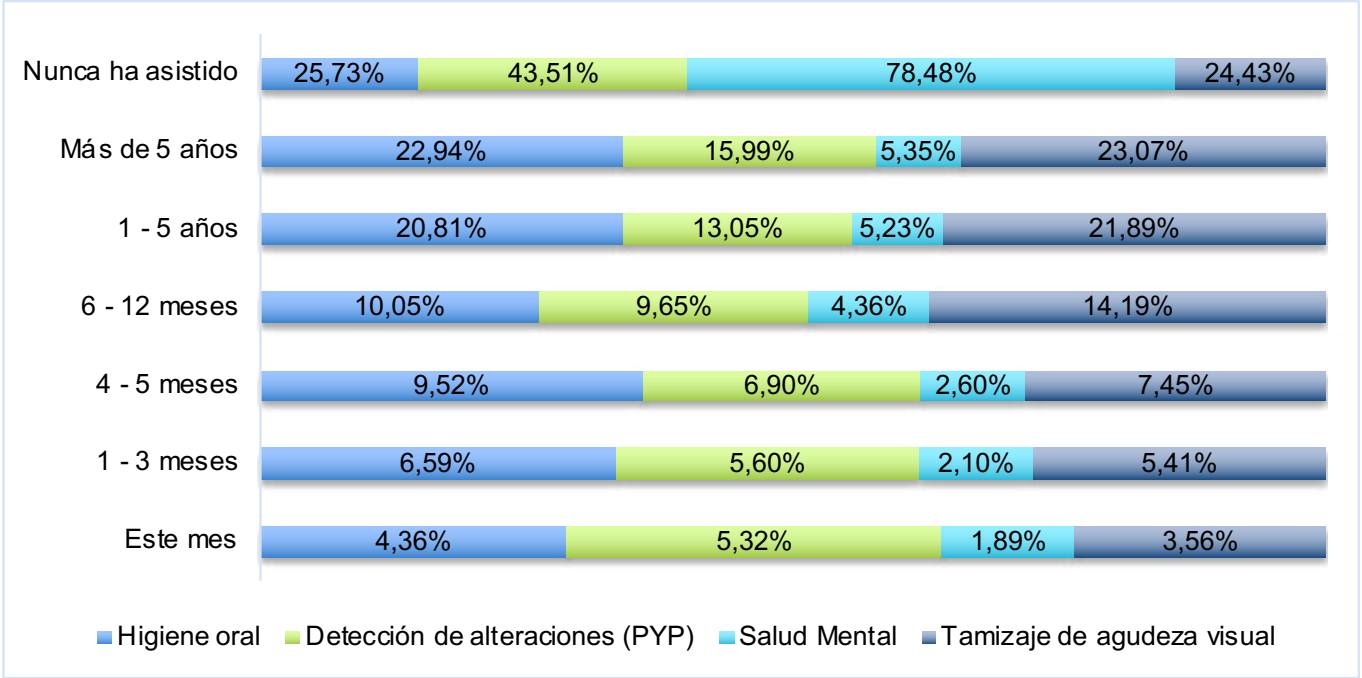
por parte del sistema sanitario occidental. De este modo, mediante el uso de plantas medicinales y materiales propios se da tratamiento a dolores (clavo de olor, ajo, romero, sal de vigua, piedra lumbre), inflamaciones e infecciones (tabaco, yerbamora, caléndula) de la boca. Como expresión transcultural de la salud oral, la comunidad complementa el uso de plantas con medicamentos alopáticos (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos) y otros productos (alcohol, Linimento negro, calzas eléctricas, esmalte para uñas, betún para zapatos) que suelen ser producto de la automedicación (Ospina et al., 2021).

La comunidad es consciente de los problemas que pueden generar algunas de estas prácticas y desde el cabildo se trabaja para lograr una mayor atención y asistencia a los servicios odontológicos de la ciudad. Pese a todo, la automedicación (que supone un significativo gasto de bolsillo en salud) y la reducida asistencia a los servicios indican que las estrategias implementadas desde el sistema sanitario institucional no han logrado el efecto suficiente. Desde 2015 se reportan las patologías bucodentales como fuente de alta demanda de servicios para el pueblo Muisca de la ciudad, ubicándose como la primera causa de atención general con excepción de 2016, cuando fue la segunda (CIMB, 2020b). Esta imagen contrasta con las apreciaciones de los colonizadores que describían los Muiscas como personas de dientes blancos y parejos; fisionomía que para 1999 aún se encontraba presente en muchos de los miembros de la comunidad (CIMB, 1999)

También se encontró que 308 (9,52%) comuneros no han asistido a las atenciones complementarias de odontología, conocidas como higiene oral, que incluyen profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje supragingival, aplicación de barniz de flúor y sellantes, ver Gráfico 8.

Consulta de detección de alteraciones por momento de curso de vida. Por otra parte, los datos arrojan que 1.407 personas nunca han asistido a consulta de detección de alteraciones por mo-

Gráfico 8. Comparación de la frecuencia de ultima asistencia a otros servicios de salud, Comunidad Muisca de Bosa



mento de curso de vida o consultas de promoción y prevención de la enfermedad, desconociendo la importancia de este tipo de consultas para el desarrollo de una vida plena y saludable, pues en ella se realiza una valoración general no centrada en patologías de base, para identificar y gestionar los riesgos presentados por las personas y acorde a las necesidades propias de su edad, ver Gráfico 8.

Entre la comunidad hay conocimientos, costumbres, actividades y preparaciones ancestrales que permiten la promoción integral de la salud (física y espiritual) de gran eficacia empleadas a lo largo de los siglos. Esto sucede, porque llevar una vida armónica y evitar las dolencias implica mantener una relación de equilibrio con sigo mismo, los otros seres (humanos y no humanos), el territorio, los ancestros, los dioses y diosas y la Madre Tierra como creadora de todo lo que existe y guardiana de su equilibrio.

Con fines de prevención y promoción, también la comunidad a través de ceremonias y rituales genera y fortalece la relación de los humanos con la Madre, esta se hace a modo de agradecimiento, de retribución, de petición o de intención. Estas

se hacen en el marco de las fechas del calendario propio que también permite en momentos específicos desarrollar una conexión más estrecha con la espiritualidad. Asimismo, los sabedores, médicos tradicionales y parteras, en busca del equilibrio, mencionan que en el mundo hay un positivo y un negativo y que toda desarmonía surge de algún desequilibrio en estos aspectos, reflejado en síntomas físicos, emocionales o espirituales; individuales, familiares y comunitarios. Alejar lo negativo y acercar lo positivo (asuntos capitales de la prevención y la promoción), requieren de una constante actividad ritual y ceremonial que usa plantas, alimentos, bebidas y practicas ancestrales como la danza y la música que generan diálogo entre saberes con los espíritus acompañantes del territorio.

Consulta de salud mental. En cuanto a la salud mental, se identificó que 2538 (78,48%) personas nunca han asistido a consulta por salud mental hace más de 5 años. Esto denota que este servicio no se prioriza en la comunidad y genera un estado de alerta considerando que, en los últimos años, se han presentado diferentes situaciones que impactaron la vida y el desarrollo normal de la comunidad. Un ejemplo de esto fue la pande-

mia por COVID 19 que generó cambios en las formas de vida de las personas, así como secuelas físicas, emocionales y mentales en la comunidad, pero también a nivel económico, político, académico y social (ver Gráfico 8)

En la cosmovisión Muisca, este no es un asunto psicológico sino espiritual, por eso ni las causas ni los tratamientos se reducen a neurotransmisores y sinapsis nerviosas, sino que, dada la visión integral de salud y el universo, abarcan la relación en territorio, familia, comunidad y mundo sagrado, pero también alimentos, prácticas rituales, linajes, comportamiento humano, pérdida o conservación cultural, entre otros aspectos.

Así, además de ser necesario establecer condiciones y factores de riesgo para la salud mental de la comunidad, se requieren su comprensión y abordaje desde una perspectiva intercultural que permita mejorar la vida psicológica y espiritual y una disposición más a usar servicios institucionales en la materia de alta importancia, pues asuntos como la invasión del territorio, la discriminación, la marginación y el desconocimiento o rechazo de la ancestralidad, sí que conforman patrones de exposición a procesos malsanos que afectan la vida moral, emocional, social y espiritual.

Tamizaje de salud visual. Con relación a la salud visual, 790 (24,43%) de las personas caracterizados no han asistido a una consulta tamizaje de agudeza visual, lo que representa que un gran porcentaje de la comunidad no prioriza la asistencia, sin que se conozcan con precisión las causas de la rara o nula asistencia. Esto es importante, pues la asistencia y acceso a este servicio disminuye la probabilidad de desarrollar desarmonías y desequilibrios físicos, emocionales, mentales y controlarlas cuando se presentan. El estudio de este fenómeno permitiría generar acciones inmediatas para facilitar el acceso de la comunidad ya sea con acciones comunitarias o articulación con las entidades distritales y así mejorar la calidad de vida de la población. Ver Gráfico 8.

Vacunación. En lo que respecta a vacunación establecido en el esquema de vacunación nacional 3096 (95,73%) comuneros y comuneras cuentan con su esquema de vacunación completo a la fecha de la visita. Esto demuestra la alta adherencia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a la vacunación.

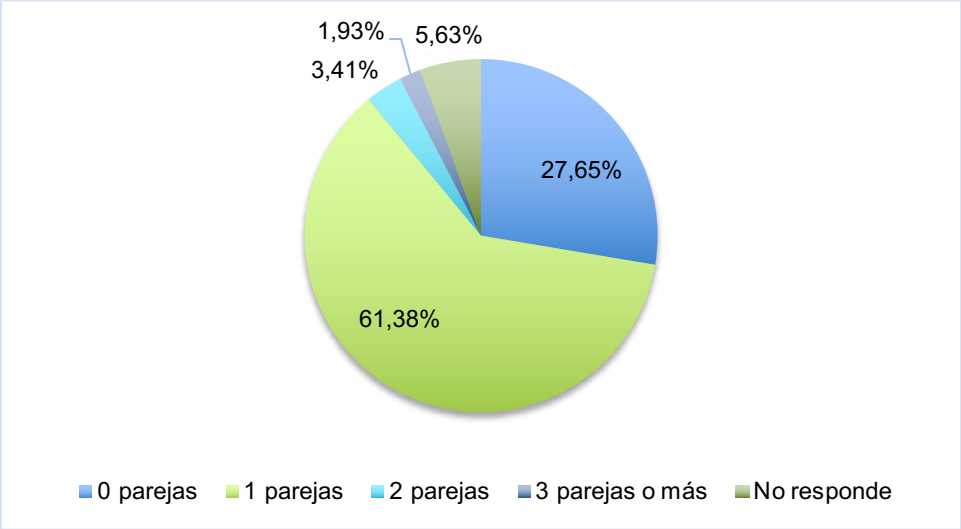
En lo que respecta al esquema obligatorio de los 138 participantes con esquema de vacunación incompleto, 48 (34,74%) son adultos mayores y no contaban con las dosis Influenza estacional y/o Neumococo 23; 3 (2,17%) mujeres en edad fértil (de 9 a 49 años) tenían pendiente la administración de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) o Toxoide Tetánico y Diftérico del adulto (Td) y 2 (1,45%) niños no tenían los refuerzos que se aplican a los 5 años. Respecto a los esquemas complementarios ofertados por el sistema de vacunación nacional 85 (61,59%) de los adultos no contaban con dosis de influenza estacional priorizada para usuarios con patología crónica o COVID (biológico que ingresa a ser parte del esquema regular nacional a partir de los 3 años).

La situación de los adultos es preocupante, sobre todo considerando que, como se resaltó en el Capítulo I, son la mayoría de la población, los más productivos económicamente y los contenedores de conocimientos y tradiciones; su situación puede asociarse a diversas situaciones, principalmente aquellas que provienen de externos que generan desconfianza en el uso de los biológicos, otros aspectos se pueden relacionar con a la sintomatología derivada de la aplicación del biológico como malestares y descompensaciones.

2.1.6. Salud sexual y reproductiva

2.843 personas de la muestra (87,91%) ya iniciaron su vida sexual y de estos 1.745 (61,38%) han tenido una sola pareja sexual en el último año, cifras que guardan coherencia con los momentos

Gráfico 9. Número de parejas sexuales durante el último año



de cursos de vida determinados por el Ministerio de Salud y Protección social (MSPS), y con los cánones culturales Muisca que refieren que la vida sexual de las mujeres puede iniciarse posterior a la primera luna; de la misma manera se establece una edad promedio de inicio de la vida sexual de 16 años, ver Gráfico 9.

Estas cifras denotan cierta estabilidad en cuanto a la tenencia de pareja en la comunidad y un patrón de tendencia conservadora hacia el respeto por las relaciones afectivas, hecho que ya ha sido discutido en el apartado de “estado civil” del Capítulo I. De las 2843 personas que refieren haber iniciado su vida sexual, 12 (0,42%) han presentado una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS); de estos, 5 (41,7%) refieren haber sido diagnosticados hace más de 6 años.

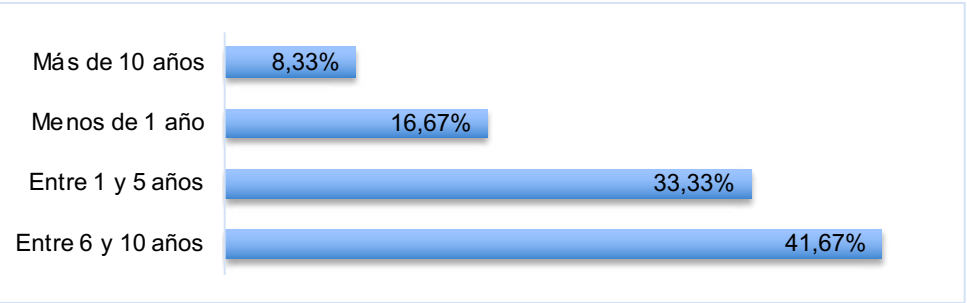
En este mismo sentido, de los 12 encuestados que refieren haber sido diagnosticados con una ETS, 10 (83,33%) refieren haber recibido tratamiento, lo que refleja interés de su parte para cuidar de sí mismos y de los demás, más allá de las vicisitudes propias de la vida sexual. Aunque los datos presentan una presencia relativamente baja, también exponen la necesidad de fortalecer las

acciones de educación en salud sexual y reproductiva para la comunidad, siguiendo las prácticas de cuidado que orientan las parteras y médicos tradicionales y salvaguardando los saberes en ese sentido. Se hace evidente la necesidad de articular con los prestadores de servicios el diseño y desarrollo de otras estrategias e incentivar el uso de los servicios por parte de este grupo poblacional.

2.1.6.1. Tamizajes de cáncer de próstata, colon y recto, cuello uterino y mama

Para abordar este tema, es necesario iniciar recordando que, El tamizaje ayuda a detectar en ausencia de síntomas la presencia de cáncer en una persona. En el mejor de los casos, esta prueba ayuda a su detección temprana, lo cual aumenta las probabilidades de que el paciente pueda curarse. (...) Por supuesto, también se aplica en pacientes con sospechas de tener cáncer de seno, de próstata o de cuello uterino, las tres enfermedades con mayor prevalencia en Colombia, que son consideradas como problemas de salud pública, y además tienen mayores probabilidades de ser detectadas en fases tempranas. El Ministerio de Protección Social y organismos internacionales han diseñado programas para su detección mediante exámenes clínicos, pruebas de imagen o de sangre. (Clínica Medellín, 2019, párr. 1-3)

Gráfico 10. Porcentaje de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la ETS



Pero también que, desde la cosmovisión Muisca, los tamizajes no son la única forma de identificar el cáncer; los médicos ancestrales recurren a mecanismos que les permiten la identificación (inclusive desde antes de que aparezcan los síntomas) de estas y otras enfermedades, mediante sus dones y conocimientos espirituales, entre los que se encuentran, los sueños, las revelaciones espirituales, el trance en el uso de plantas o medicinas. Estas técnicas permiten al médico ancestral identificar desarmonías y las causas de su aparición, que definirán el tratamiento a seguir. En el proceso de la Medicina ancestral y la parte-ría sus representantes no desconocen los resultados y la eficacia del tamizaje, ni recomiendan a la comunidad no usarlos; al contrario, emplean sus técnicas como complemento del diagnóstico alopático, como los tratamientos, reivindicando siempre el carácter integral y profundo de sus procedimientos.

Tamizajes de cáncer de próstata. De los comuneros caracterizados 604 (18,68%) son hombres de 40 años o más; de estos, solamente 202 (33,44%) se han realizado el autoexamen de testículo. Esto evidencia que hay una baja recepción y nivel de importancia por parte de los hombres que están dentro este rango de edad hacia la realización de este autoexamen, asociado a aspectos culturales (machismo y tabúes sexuales) y la falta de conocimiento sobre su importancia y realización, cuestión preocupante en tanto este examen permite generar alertas o indicios que puedan llevar a un diagnóstico inoportuno de cáncer u otras enfermedades asociadas al sistema reproductor.

De los comuneros caracterizados, 408 (12,61%) son hombres de 50 años o más; de estos, a 198 (48,53%) se les ha realizado examen para detección temprana de cáncer de próstata, ver Tabla 7. A 195 (98,48%) PSA o antígeno prostático y a 89 (44,95%) tacto rectal; de los primeros 195, a 86 (43,43%) les han realizado ambos exámenes. Más de la mitad de los hombres de este rango de edad prioriza el examen como método de prevención y detección temprana de la enfermedad. Aunque

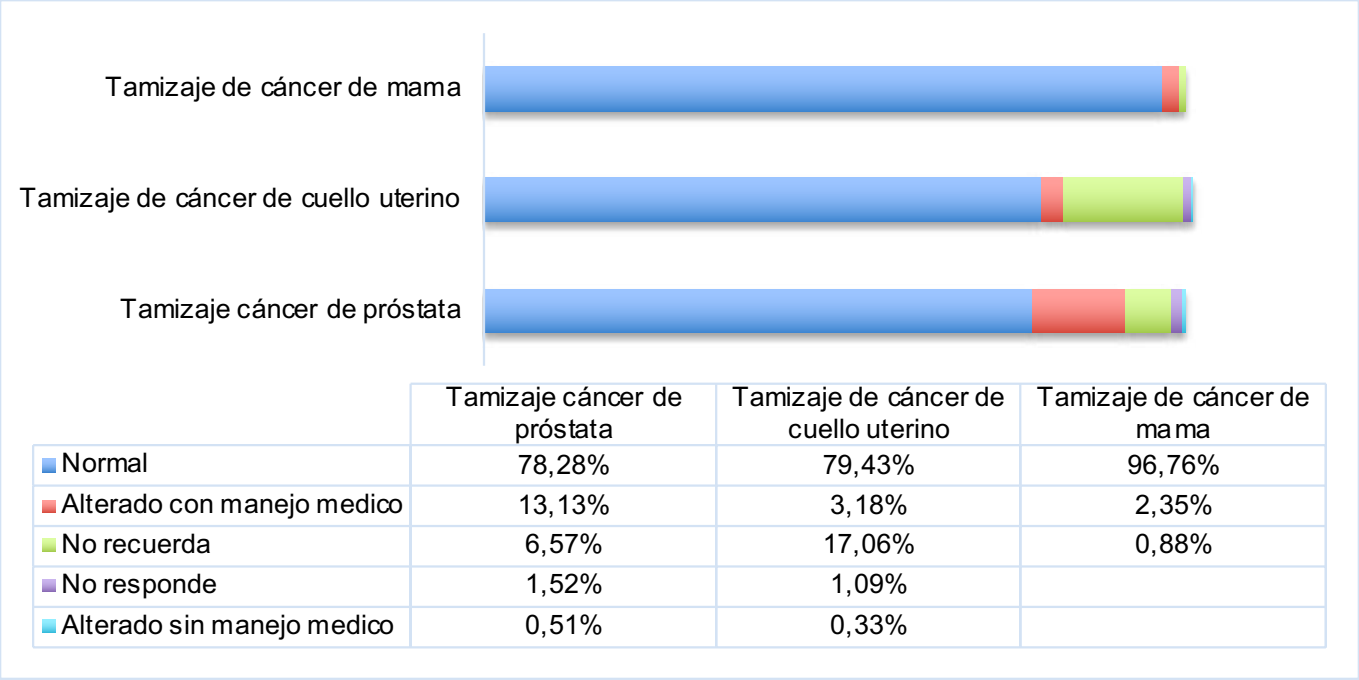
Tabla 7. Tiempo transcurrido desde la realización del tamizaje para cáncer de próstata, cuello uterino y mama, Comunidad Muisca de Bosa

Examen / Tamizaje	Tiempo transcurrido desde la realización	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de próstata	0 a 6 meses	56	28,3
	7 meses a 2 años	74	37,4
	2,1 años a 5 años	29	14,6
	5 años o más	23	11,6
	No recuerda	13	6,6
	No responde	3	1,5
	Total	198	100,0
Citología	Menos de un año	482	33,5
	Entre 1 y 2 años	472	32,8
	Mas de 3 años	78	5,4
	No recuerda	164	11,4
	Nunca	132	9,2
	Sin respuesta	109	7,6
	Total	1437	100,0
Mamografía	Menos de 1 año	124	36,5
	Entre 1 y 5 años	154	45,3
	Mas de 5 años	39	11,5
	No recuerda	23	6,8
	Total	340	100,0

es alto, también se evidencia que hay hombres de la comunidad que no se hacen estos exámenes fundamentales para intervenir oportunamente ante la presentación de esta enfermedad, una de las de mayor prevalencia de mortalidad en los hombres.

De los 198 comuneros que se han realizado examen para detección temprana de cáncer de próstata, 74 (37,37%) lo hicieron entre 7 meses y 2 años antes de la aplicación de la encuesta y otro tanto de 28,28% hacía menos de 6 meses. Es un panorama positivo para la detección temprana, pero solo para el 65,65% de los 408 hombres mayores de 50 años de la muestra, evidenciando, además, manejo médico en los casos que tuvieron alteraciones.

Gráfico 11. Comparación de resultados obtenidos en tamizaje de cáncer de próstata, citología y mamografía.



Como resultado de estos 198 exámenes para la detección temprana de cáncer de próstata, 155 (78,28%) comuneros obtuvieron un resultado normal y solo 1 (0,51%) obtuvo un resultado alterado y se logró establecer durante la caracterización que no ha recibido tratamiento, ver Gráfico 11.

Tamizajes de cáncer colon y recto. Del total de la muestra, 901 personas equivalentes al 27,86% tienen 50 años o más. De estas, a 139 (15,43%) se les han realizado exámenes para detección temprana de cáncer de colon y recto, lo cual permite suponer baja recepción por parte de este grupo de edad a su práctica. Aspecto preocupante considerando la importancia de este examen para la detección temprana que permite la oportuna intervención si se presenta.

Tamizajes de cáncer cuello uterino. De las comuneras caracterizadas, 1437 (44%) son mujeres mayores de 25 que requieren su tamización para cáncer de cuello uterino o menores de 25 con criterios para la toma del examen (inicio temprano de relaciones sexuales, con hijos, o múltiples parejas sexuales). De estas mujeres, 1196 (83,23%) se han tomado el examen de tamizaje para detec-

tar tempranamente estadios de cáncer de cuello uterino, hecho que refleja una buena y alta recepción por parte de las mujeres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa hacia a la práctica del examen de la citología y el reconocimiento de su importancia en la detección temprana y en su oportuna intervención en caso de presentarse la enfermedad, ver Tabla 7.

De 1196 comuneras que afirmaron haberse practicado el tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología cervical) al momento de la aplicación de la encuesta, 957 (79,77%) se lo habían hecho menos de 2 años antes, mostrando una significativa tendencia a realizarse el tamizaje normado en el país que corresponde al esquema 1-3-3 (es decir cada 3 años) ante resultado normal con examen citológico de cuello uterino o 1-5-5 (cada 5 años) con toma de prueba ADN VPH. Ahora bien, 950 mujeres (78,6%) obtuvieron un resultado normal, pero destacan 4 (0,3%) que obtuvieron un resultado alterado y no han recibido atención, lo que disminuye la oportunidad del diagnóstico preciso y su tratamiento adecuado, ver Gráfico 11.

Tamizajes de cáncer de mama. Respecto al autoexamen de seno, 1530 de las comuneras carac-

terizadas son mayores de 40 años, y de ellas, un poco más de la mitad 52,03% (n=796) se han practicado el autoexamen de seno.

De las 493 comuneras mayores de 50 años, a 340 (68,97%) se les hizo una mamografía, lo que denota una alta recepción e importancia concedida por las mujeres de la comunidad en este rango de edad para la práctica de este examen, fundamental para la detección temprana y el tratamiento oportuno y exitoso, ver Tabla 7.

De las 340 comuneras que refieren haberse realizado una mamografía, 154 (45,29%) refieren haberlo hecho entre 1 y 5 años antes del momento de aplicación de la encuesta y 329 (96,8%) afirman haber obtenido un resultado normal. Se destacan 3 comuneras (0,9%) que obtuvieron en su tamizaje un resultado alterado y no han recibido manejo médico, ver Gráfico 11. Se debe considerar que se estableció una frecuencia de 2 años para la toma de este examen, lo que garantiza la detección en estadios temprano de la enfermedad.

La inspección realizada en torno al tamizaje de cáncer a través de la encuesta de caracterización permitió establecer que, si bien un porcentaje importante de los comuneros y comuneras acceden al tamizaje como práctica de prevención y autocuidado, 8 personas con resultados alterados continúan a la espera de recibir manejo médico. Lo que reconoce que se debe continuar con acciones para que estos reciban el acompañamiento requerido y así superar las dificultades en salud identificadas.

En cualquier caso, es necesario entender que, para el pueblo Muisca, las desarmonías relacionadas con las diferentes formas de cáncer tienen su principal causa en las dinámicas propias de la vida urbana y los estilos de vida que de ella nacen. De esta manera, aspectos como la contaminación ambiental, el consumo de alimentos ultra procesados y una vida centrada en el individualismo y alejada de su dimensión espiritual son sus

principales factores de riesgo. En este orden de ideas, su detección temprana es muy importante, pero no resuelve el problema de raíz, hecho que solo se producirá cuando se restablezca el equilibrio entre los seres humanos y la naturaleza.

Al comparar estas cifras con la proporción de mujeres que se ha realizado la citología cérvico vaginal, se hace evidente que el nivel de conciencia sobre los riesgos y consecuencias del cáncer de mama parece ser menor, a pesar de ser más frecuente, al menos para la población colombiana de mujeres, en la que la enfermedad es diagnosticada en el 70% de los casos ya en los estadios II y III, es decir los más avanzados (Cuenta de Alto Costo, s.f.). En este caso también es importante insistir en la detección temprana como mecanismo que permite el tratamiento oportuno y mayores probabilidades de recuperación.

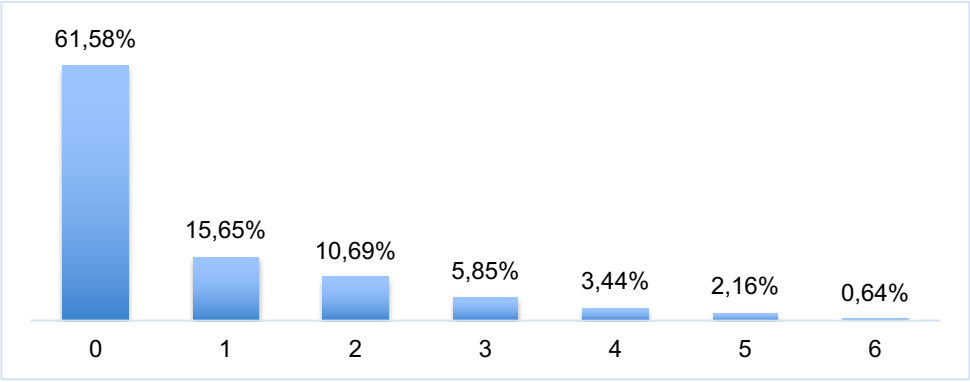
2.1.7. Salud mental

Ya en el apartado correspondiente a la atención primaria se explicó el sentido de la salud mental para Comunidad Indígena Muisca de Bosa y sus diferencias con el equilibrio espiritual. Sin embargo, a continuación, se precisan los conceptos propios de salud y enfermedad del ACCVSYE de la Comunidad Muisca de Bosa, expresan con claridad este problema. Respecto a la salud, el documento afirma que

“...es el equilibrio que se tiene en lo físico, espiritual y mental, es sentirse en placer con lo que se hace, con todo lo que existe, con la relación que se tiene en conjunto con lo que nos rodea, de otra manera es la conexión, interacción y armonía que se tiene con el entorno físico y espiritual”. (CIMB, 2020a, p. 41)

Al contrario, la enfermedad hace referencia al “desequilibrio, desarmonía física, mental y espi-

Gráfico 12. Porcentaje de resultados de puntuación global del cuestionario RQC en niños de 5 a 15 años



ritual, conllevando al detrimento en cualquier parte del cuerpo, manifestándose en síntomas y dolor, en pensamiento y sentimiento reprimidos, que no permite de manera clara ser quien realmente es en lo que se tiene” (CIMB, 2020a, p. 41).

Salud mental de 5 a 15 años. Para la valoración de este componente, en el contexto de las encuestas aplicadas se utilizó el Cuestionario de Síntomas para Niños (RQC, por sus siglas en inglés), anexo de la Resolución 3280 de 2018. Se trata de “un instrumento que consta de 10 preguntas, referidas a los últimos seis meses, que identifican signos y síntomas de interés en salud mental en niños y niñas entre 5-15 años” (MSPS, 2020, p. 24).

De los 786 niños de la comunidad de entre 5 y 15 años, 302 (38,42%) obtuvieron en términos globales uno o más puntos en la escala, indicativo de niños que precisan del abordaje de sus necesidades de salud mental por parte de profesionales que puedan profundizar en el tema y garantizar un abordaje integral (individual, familiar y comunitario), pues como indica el instructivo del instrumento “Un ítem positivo indica la necesidad de evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de profesional en medicina especializada o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo” (MSPS, 2020, p. 24).

Salud mental de 16 años en adelante. Para continuar con el análisis de la salud mental de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, respecto a sus

miembros mayores de 16 años es importante tener en cuenta que:

Los pueblos indígenas son el grupo más desfavorecido de América Latina y, tras varias décadas, se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza, que, por el contrario, cada vez es más severa. Este fenómeno se explica porque los indígenas se recuperan más

lentamente de las crisis económicas, tienen menos años de educación (especialmente mujeres y niños) y, además, menor acceso a servicios básicos de salud. Todo esto hace a dicha población más propensa al abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr y de otros derechos humanos y libertades fundamentales estrechamente relacionados (Lopera y Rojas, 2012, p. 43)

Así, para la valoración del estado de salud mental de esta población se integró a la encuesta el Self Report Questionnaire (SRQ), anexo de la Resolución 3280 de 2018. Este instrumento:

se aplica a las personas a partir de los 16 años y consta de 30 preguntas, referidas a los últimos 30 días [...] Las primeras 20 preguntas se refieren a problemas de salud mental como depresión, ansiedad y otros. Once o más respuestas positivas en este grupo determinan una alta probabilidad de sufrir uno de estos problemas. De la 21 a la 24 evalúa posible psicosis. Con una respuesta positiva se considera un posible caso. La respuesta positiva a la pregunta 25 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a 30 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. (Min Salud, 2020, p. 27)

A continuación, se presentan los resultados desglosados por categorías de preguntas del SRQ.

En la sección problemas de salud mental, de los 2635 comuneros y comuneras mayores de 16 años caracterizados, obtuvieron en términos globales 1 o más puntos en la escala, 1460 de ellos (55,41%) asociado a depresión y ansiedad. Considerando lo anterior, se denota un alto porcentaje de personas en la comunidad que presentan alteraciones en su salud mental, las cuales se podrían tratar desde la cultura mediante la medicina ancestral/tradicional trabajando desde la parte espiritual y ancestral la sanación física, mental y espiritual considerando que desde la cosmovisión Muisca son seres integrales.

Respecto a la sección de psicosis, de las 2635 personas mayores de 16 años, obtuvieron en términos globales uno o más puntos en la escala 1460 (55,41%), indicativo de personas con rasgos psicóticos que requieren de un abordaje especializado en sus necesidades de salud mental por parte de profesionales que puedan garantizar un abordaje integral. Para mayor claridad, debe tenerse en cuenta que “La psicosis ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede: Tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es (delirios) [y/o] Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)” (Medline plus, 2022, párr. 1-3)

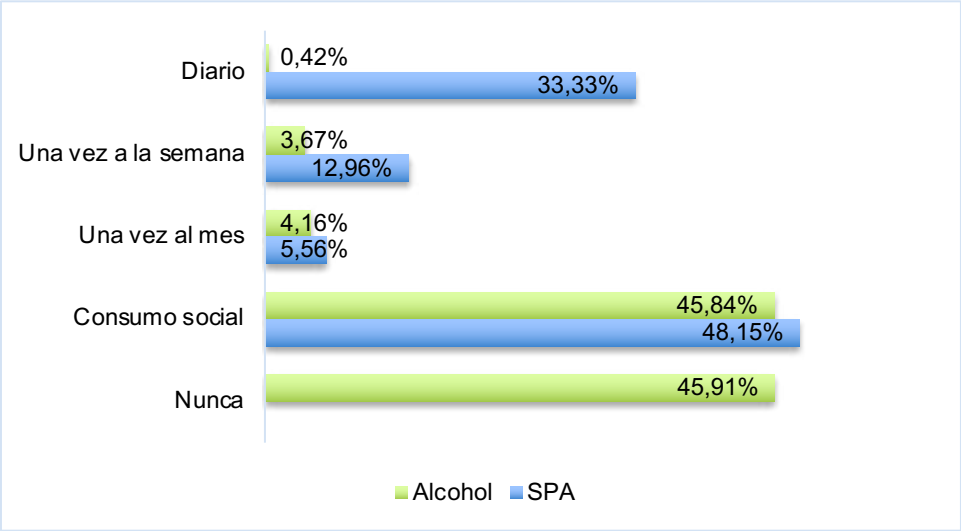
De los 2635 mayores de 16 años, obtuvieron en términos globales un punto en la escala 101 (3,83%), indicativo de trastornos convulsivos que requieren un abordaje en salud mental por parte de profesionales que puedan profundizar en el tema y garantizar un abordaje integral. Los trastornos convulsivos “son alteraciones periódicas de la

actividad eléctrica cerebral que derivan en algún grado de disfunción cerebral transitoria” (Manual MSD, 2024)

En la sección de consumo problemático de alcohol, 2635 personas mayores de 16 años, 283 (7,36%) obtuvieron en términos globales uno o más puntos en la escala, indicativo de personas con registro de volverse alcohólicas y que requieren de un abordaje en sus necesidades de salud mental por parte de profesionales que puedan profundizar en el tema y garantizar un abordaje integral.

Al analizar los resultados desglosados del SRQ, se han logrado establecer proporciones variables de personas mayores de 16 años que posiblemente sufren una alteración en su salud mental (ansiedad, depresión, psicosis, trastornos convulsivo, riesgo de alcoholismo), lo que permite suponer la necesidad de acompañamiento por parte del equipo de medicina ancestral indígena para tratar estas desarmonías desde los conocimientos propios, pero en articulación con el equipo de capital salud para agendar citas de psiquiatría, psicología y trabajo social para la asistencia de esta patología también desde el sistema de salud occidental y lograr su control integral.

Gráfico 13. Frecuencia con la que se consumen sustancias psicoactivas y alcohol



2.1.8. Consumo de SPA

De los 2852 participantes mayores de 12 años, 54 (1,89%) refieren consumir actualmente sustancias psicoactivas, de ellos en su mayoría (n=54) lo hacen con una frecuencia de consumo social, así como de forma diaria (n=18).

Estos datos que constatan el consumo de sustancias en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa genera una importante alerta tanto para la institucionalidad como para las autoridades propias, quienes deben tener en cuenta que detrás de este fenómeno pueden encontrarse desencadenantes socioculturales, pues la literatura especializada informa que:

Varios estudios han demostrado que hay una mayor prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los pueblos indígenas que entre la población general. Este fenómeno se ha atribuido al trauma histórico que han padecido estos pueblos debido a la opresión colonial, la discriminación y la pérdida de territorio; trauma que ha contribuido al deterioro de su salud mental y ha fomentado el abuso de sustancias psicoactivas. Esta situación no le es ajena a Colombia, donde la historia de opresión y violencia hacia la población indígena ha impactado negativamente en su salud mental. (Gutiérrez, 2020, p. 206).

También debe observarse que, el consumo recreativo de sustancias psicoactivas no se corresponde con una práctica propia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa ni hace parte de su cosmovisión. Se presenta como un efecto de la colonización que, en el contexto de la ciudad y ante la falta de oportunidades para desarrollar una vida sana y productiva, se ha apoderado de niños, jóvenes y adultos destruyendo su cuerpo, espíritu y cultura.

Respecto al consumo de alcohol 1.314 (45,9%) refiere nunca haberlo consumido, de aquellos que,

si lo han hecho, la mayoría con una frecuencia de consumo social 1.312 (45,8%) y una vez al mes 119 (4,1%), tal como se presenta en el Gráfico 13. Estos datos describen un alto consumo de alcohol por parte de la población que coincide con lo mencionado en la literatura:

En lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas entre los grupos poblacionales, esta puede determinarse por diversos componentes, como los contextuales y culturales; según el significado atribuible al momento de la ingestión de las bebidas alcohólicas. En relación con la cultura, como aquella facilidad de relaciones sociales, convivencias entre pares, con familia o de adaptación del entorno, así como medio de escape ante situaciones desagradables o por arrebatos emocionales. En diversos pueblos indígenas del país el consumo de bebidas alcohólicas tiene un enfoque sociocultural, derivado de diversas creencias atribuibles a su consumo, utilizado en momentos conmemorativos y de celebración, así como en rituales, siendo utilizado como mediador de conexión con el mundo ancestral, de lazo social, de intercambio y redes de apoyo. (Camacho et al., 2024, pp. 183-184)

La anterior cita, explica la incidencia cultural en el consumo de alcohol en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, teniendo en cuenta la forma de relacionarse en la población a través de las reuniones entre clanes, los festivales, los encuentros de círculos palabras, los consejos, donde al finalizar, y dentro de los mismos, se consume alcohol, costumbre que se ha mantenido de generación en generación desde los abuelos.

A pesar de esta larga tradición, es necesario recordar que el consumo problemático de alcohol no se encuentra en la Ley de Origen Muisca. Su presencia en la comunidad data de los días coloniales y durante la época de disolución del resguardo (1851-1858) fue empleado como artimaña

de europeos y mestizos para despojar a los indígenas de las tierras que desde siempre les habían pertenecido, tal y como lo hicieron con muchos otros pueblos amerindios. Este es un precedente que no debe ser olvidado, pues permite vislumbrar algunos de los posibles efectos del abuso del alcohol que, en general destruye la vida individual, familiar y afecta negativamente las posibilidades y potencialidades productivas, académicas, sociales, espirituales, deportivas, entre muchas otras.

De los 2852 encuestados mayores de 12 años a los que se les pregunto sobre el consumo de cigarrillo, 244 (8,53%) refieren consumir cigarrillo, 118 de estos con una frecuencia de 1 cigarrillo al día y de 2 a 5 cigarrillos al día 101. No son cifras menores si se tienen en cuenta sus múltiples efectos y riesgos en salud. Además, quienes fuman en general tienen un peor estado de salud y su calidad de vida empeora con los años, por lo que debe ser abordado desde una perspectiva preventiva y de concientización, fomentando el acompañamiento desde la medicina ancestral para la sanación física, emocional y espiritual de la comunidad.

2.1.9. Autocuidado, prevención de las enfermedades y adherencia a los tratamientos

A continuación, se presenta la información relacionada con los procesos y prácticas de autocuidado de la comunidad y su adherencia terapéutica en perspectiva comparativa entre la medicina ancestral/tradicional y la alopática, con el fin de observar sus diferencias, tensiones y complementariedad.

Se encontró que, de las personas caracterizadas, 645 (19,94%) manifiestan tomar medicamentos formulados y de manera permanente y 1.442 (44,59%) refieren automedicarse para el manejo de algún padecimiento. Es importante resaltar que, la automedicación en las comunidades Indígenas se reconoce como una práctica sociocultu-

ral que persigue el acceso a los medicamentos comerciales reconocidos, así como “el uso de plantas medicinales porque se conocen sus beneficios curativos, sus propiedades ‘milagrosas’ y sus escasos efectos secundarios” Ospina et al., 2021, p. 5252).

La automedicación se ha insertado en la transmisión intergeneracional de saberes, principalmente a manos de las abuelas, quienes hacían sanación y curación a través de las plantas y también posibilita reconocer culturalmente el fuerte arraigo de las comunidades indígenas hacia el uso de las plantas para prevenir y sanar enfermedades, conservando los usos y costumbres y la pervivencia cultural de la cosmovisión en salud de la comunidad a partir de conocimientos heredados entre las familias y que no son privativos de médicos ancestrales y parteras.

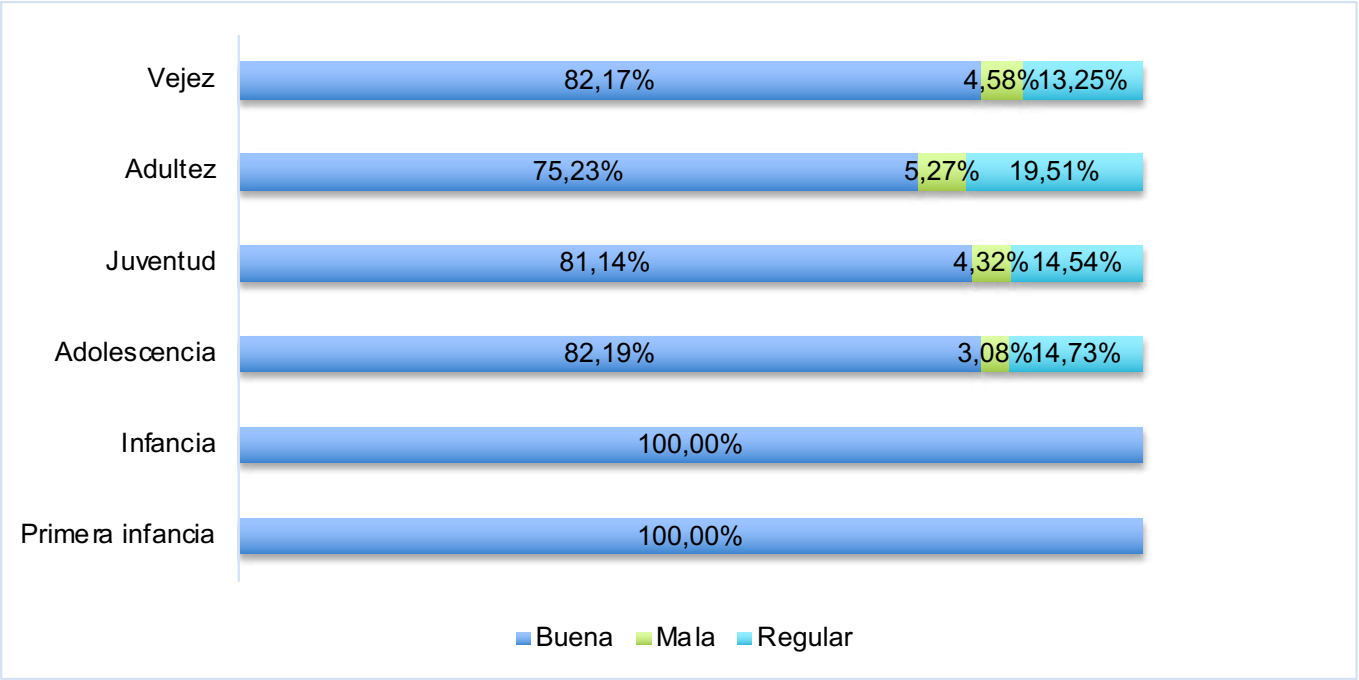
Los resultados de la Tabla 8 evidencian que los integrantes de la comunidad en un 82,7% hacen uso de la medicina Alopática u occidental, dato que permite reconocer que la práctica de la medicina Ancestral se ha desincentivado; así mismo, supone un discreta minoría que refiere hacer uso

Tabla 8. Distribución de la población encuestada según el tipo de medicina a la que consulta

Tipo de medicina	Frecuencia	Porcentaje
Alopática (occidental)	2673	82,7%
Homeopática	752	23,3%
Indígena	715	22,1%
Espiritual	1	0,0%
Cuidado en casa	3	0,1%
Se automedica	2	0,1%
Ninguna	16	0,5%
Total	3234	100,0%

de la medicina ancestral; se identifica el uso de la medicina homeopática en un 23,3%, que sugiere que las personas recurren a elementos de origen natural, que no se distancia de las prácticas culturales de los indígenas Muisca de Bosa. Se genera una alerta, en el uso de automedicación con un 0,1%; que resulta delicado cuando el uso de medi-

Gráfico 14. Adherencia (cumplimiento) de la población a los tratamientos occidentales

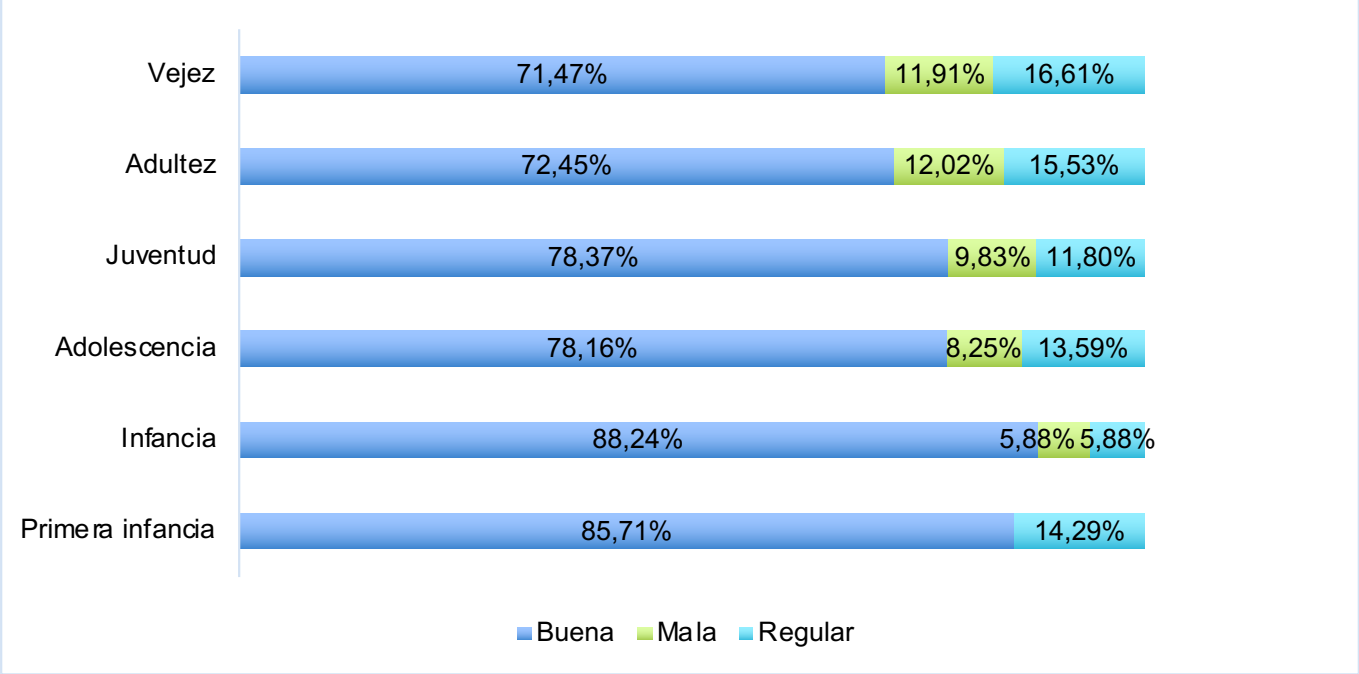


camentos sin prescripción genera un riesgo en el cuidado físico de las personas. En otras formas de cuidado, se identifica el aspecto espiritual (0,03%) que sugiere que la comunidad encuentra allí una posibilidad de sanación o curación.

Estas cifras tienen matices: por un lado, un número importante de personas (821) hace uso o consulta a más de dos clases de medicinas; por el

otro, que es considerable la asistencia a la medicina ancestral y esta se ha venido fortaleciendo mediante la atención por parte de médicos y médicas ancestrales y parteras en la casa sagrada Qusmuy y en la casa de medicina. Si a lo anterior se suma que la Comunidad Muisca de Bosa se encuentra en un proceso de renacer cultural tras siglos de invisibilización y sometimiento, es previsible que el uso de la medicina ancestral y la

Gráfico 15. Porcentaje de adherencia (cumplimiento) de la población a los tratamientos ancestrales

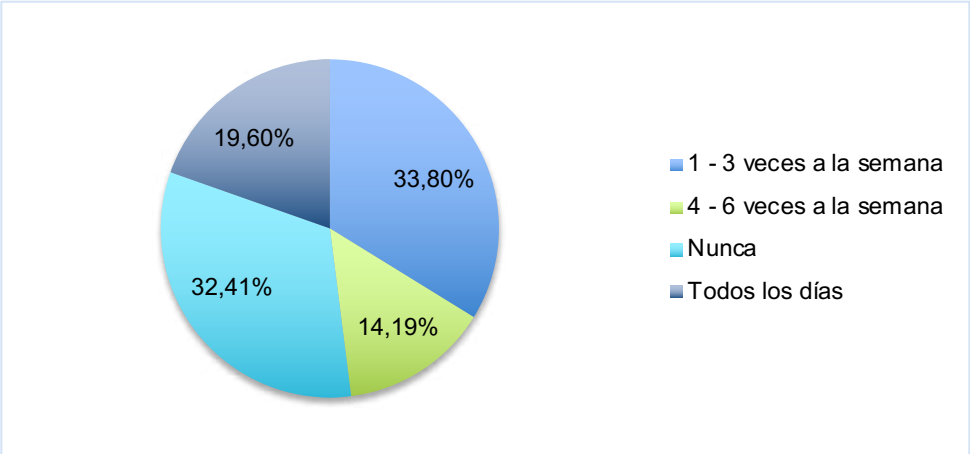


partería, como una opción importante, eficaz y accesible, tienda a incrementarse. Podría decirse que no se trata de una tradición que va de más a menos, sino de menos a más.

Lo que parece tender a incrementarse es el carácter intercultural de la salud en la Comunidad; se verifica en las atenciones que se brindan, consultas espirituales, terapias, masajes, sobos, despojos, limpiezas espirituales, acompañamiento a las madres gestantes y diversos tratamientos para la sanación de diferentes desarmonías y desequilibrios propios y traídos desde la sociedad occidental, procurando la curación integral.

De los participantes caracterizados, 1929 (59,65%) informan una buena adherencia a los tratamientos de medicina alopática que señala una alta compatibilidad con los tratamientos en medicina occidental, pero también se evidencia que un 16,18% considera regular y mala su adherencia a la misma, asociada a los cursos de vida juventud adultez y vejez, en donde es evidente su incremento, pudiendo estar asociado a la no supervisión de padres por la edad, olvido, sentido de im-

Gráfico 16. Frecuencia con la que se realiza actividad física



portancia, superación de la sintomatología y elección propia. Esto debe tenerse en cuenta, pues puede generar desequilibrios en salud por la falta de control y seguimiento a las enfermedades dada la deserción.

En los tratamientos de medicina ancestral/tradicional, 1328 personas (41,06%) refieren una buena

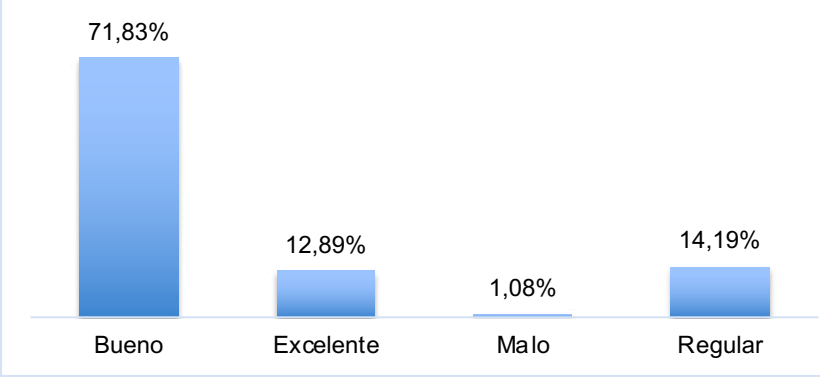
adherencia que refleja que la comunidad se relaciona positivamente con ellos, pero un porcentaje del 15% considera regular y mala su adhesión, presente a diferencia de la medicina occidental en todos los cursos, sin conocerse los motivos para su superación y generar la cobertura ancestral de las necesidades en salud de la población.

De otra parte, 1.093 personas de la muestra (33,8%) afirman realizar alguna actividad física de 1 a 3 veces por semana y 1048 (32,4%) nunca realizarla. Este último es un porcentaje significativo teniendo en cuenta que la actividad física es fundamental para mantener un estilo de vida saludable, ya que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

La actividad física regular y adecuada, incluido cualquier movimiento corporal que requiera energía, puede reducir el riesgo de muchas enfermedades y trastornos no transmisibles, como la hipertensión, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer de mama y colon y la depresión [sus beneficios incluyen] la mejora de la salud ósea y funcional [...] el balance de energía y el control del peso [y además permite en las sociedades] un menor uso de combustibles fósiles, aire más limpio y calles y vías menos congestionadas y seguras. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.a).

Dados sus numerosos beneficios, también en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa la actividad física, el deporte y la recreación (especialmente a través de los juegos propios y tradicionales) tienen un alto valor en el cuidado de la salud y en la prevención del desarrollo de desarmonías y desequilibrios individuales y sociales. A pesar de todo lo dicho, en la actuali-

Gráfico 17. Porcentaje de calificación del estado de salud en los últimos 6 meses



dad en el territorio ancestral no se cuenta con suficientes parques (equilibrados con el medioambiente) adecuados para el desarrollo de actividades físicas y la recreación activa y pasiva ni zonas verdes arborizadas con especies nativas (CIMB, 2020a).

Los datos recolectados traducen un estado de salud entre bueno y excelente para el 85% de la muestra, pero el 15,38% informan un estado de

Gráfico 18. Porcentaje de Percepción de grado incapacidad presentado con la enfermedad actual

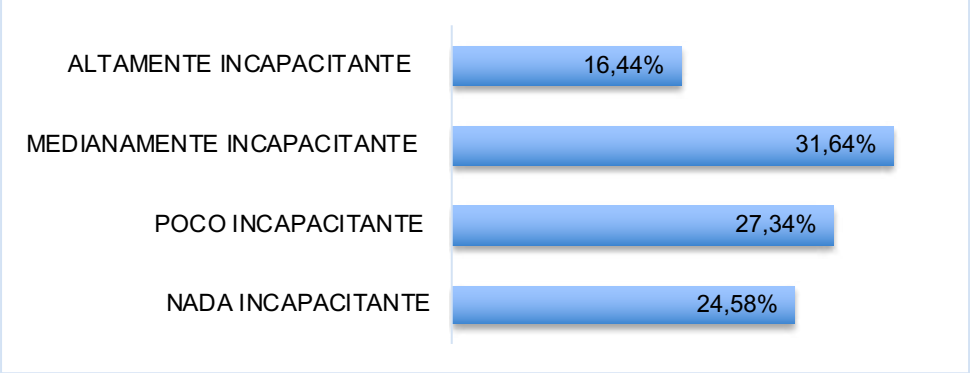
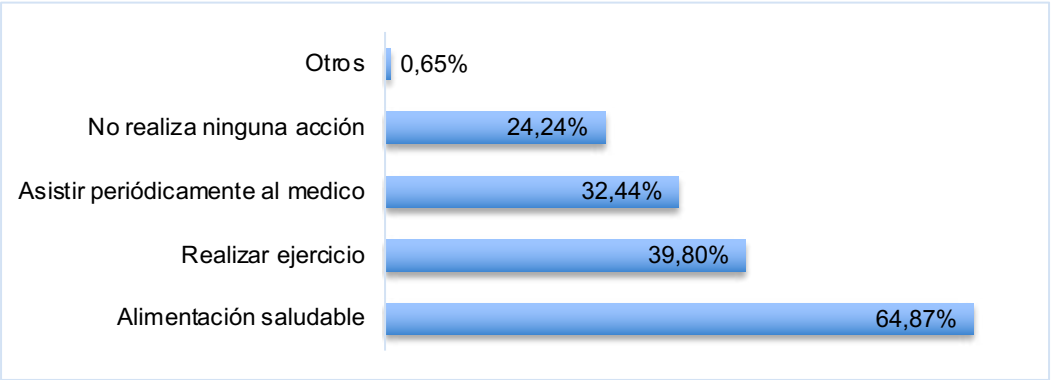


Gráfico 19. Porcentaje de acciones realizadas para prevenir las enfermedades



salud regular o malo indicativo de ausencia de armonía integral, cuyos determinantes deben investigarse para un planteamiento efectivo de estrategias de abordaje individual y colectivo apropiadas culturalmente y que tengan en cuenta las ideas, conocimientos y prácticas propias en salud.

Según los datos recopilados, 651 personas de la muestra (20,13%) presen-

tan una enfermedad actualmente; de estos 107 (16,4%), manifiestan que es altamente incapacitante, traduce sus necesidades y demandas en salud, que parten de identificar la medicina que usan, su adhesión a los tratamientos prescritos y las mejores opciones para disminuir los alcances e impactos de sus desarmonías (especialmente las más incapacitantes) e intervenirlas en pro del buen vivir y la salud, Gráfico 18.

Por otra parte, las personas previenen sus enfermedades con: alimentación saludable 2098 (64,87), actividad física 1287 (39,80%), asistencia periódica al médico 1076 (32,44%) y 784 (24,24%) no se toman medidas para prevenir la enfermedad, pese a ser fundamental para evitar el desarrollo de desarmonías y desequilibrios físicos, mentales, emocionales y espirituales y para proteger la salud, tener un buen riesgo.

Ante este problema, dada su naturaleza preventiva y enfoque en el buen vivir, la medicina ancestral se llama a fortalecer sus acciones de promoción y prevención entre comuneros y

comuneras; pero también el sistema de salud institucional debe desplegar sus esfuerzos y recursos para impedir que las personas de la comunidad se enfermen y no tengan que tratarse de enfermedades que podrían haberse evitado.

2.1.10. Conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral y partería y sus barreras.

Respecto al conocimiento de prácticas y actividades de medicina ancestral en la comunidad, 1896 participantes que representan un 58,63% de la muestra respondieron positivamente y un 41,27% aún no la reconoce. Se observa un reconocimiento en más de la mitad de la población, que puede relacionarse con las acciones de medicina ancestral que actualmente se realizan desde el cabildo, principalmente atenciones casa sagrada Qusmuy y la casa de medicina por parte de los médicos/medicas tradicionales y ancestrales y las parteras; pero también son evidentes en los datos los retos en materia de difusión y recuperación de la medicina ancestral.

Como complemento, los datos además muestran un que los comuneros y comuneras refieren tener un poco nivel de conocimiento (53,6%) sobre la medicina ancestral, 36,21% nada de conocimiento acerca del tema y finalmente un 10,73% mucho conocimiento.

El fondo del desconocimiento por parte de la comunidad sobre los procesos de medicina ancestral puede relacionarse con una prolongada historia de estigma y menosprecio sobre los saberes y prácticas propias que en la actualidad se expresa en hechos como la violencia institucional que se ejerce contra el desarrollo de prácticas dentro y fuera de las instituciones prestadoras de servicios y en el insuficiente respaldo por parte del Estado para la consolidación del Pan de Vida con su estantillo de medina tradicional y salud y del modelo de atención en Salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

A cambio, la comunidad, en cabeza de sus autoridades políticas y espirituales y sus médicos ancestrales y parteras, resiste y desarrolla una denodada labor en la recuperación, uso, difusión y preservación de la salud y los saberes médicos que ha permitido su fortalecimiento y crecimiento, aunque su práctica profundamente afectada por la invasión y afectaciones históricas al territorio, pues suponen una delicada agresión a sitios sagrados y de importancia para la salud y el equilibrio, pero también indisponibilidad de tierras para el cultivo de alimentos propios y plantas medicinales o sagradas.

En relación con su apropiación y uso, de los comuneros y comuneras parte de la muestra, solo 565 (17,47%) han participado en procesos de medicina ancestral y 622 (19,23%) han asistido a consulta por medicina ancestral. Esto refleja una baja recepción a la participación y asistencia por parte de la comunidad en las actividades y acciones que se desarrollan y una baja apropiación que supone un debilitamiento en la práctica tradicional y ancestral de la medicina.

Como se observa anteriormente, de las 622 persona que han asistido a consulta por medicina ancestral, 168 (27,01%) refieren haber asistido una sola vez y 2 (0,32%) más de 80 veces. Teniendo en cuenta los datos, se evidencia que las personas que asisten a consulta por medicina ancestral generan adherencia al tratamiento, pues los datos muestran que la mayoría vuelven a asistir a consulta, a veces muy reiteradamente. Esto demuestra la satisfacción respecto a la consulta en medicina ancestral por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

2105 (65,09%) de los participantes en la encuesta refieren usar o conocer alguna planta medicinal y 1958 (60,54%) reconocer saber cómo prepararla. Así, más de la mitad de la comunidad conocería plantas medicinales y preparaciones usadas y transmitidas de generación en generación desde los ancestros y abuelos del pueblo Muisca, para prevenir, y sanar desarmonías y desequilibrios,

contribuyendo con ello a la buena salud y buen vivir de la comunidad. Se hace patente el fuerte arraigo y apropiación que hay por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa hacia la pervivencia del uso de las plantas medicinales.

1153 (35,65%) encuestados refieren no conocer la ubicación de la casa de la medicina y la casa sagrada de la comunidad Muisca de Bosa. Una mayoría de 2081 personas que reconocen donde quedan los dos lugares de atención en medicina ancestral ratifican la apropiación y reconocimiento vigentes. Quienes no los conocen, por principio, se enfrentan a una barrera de acceso básica que, por supuesto, limita que se beneficien de las atenciones propias y participen de los

Tabla 9. Reconocimiento de las Enfermedades propias en la comunidad Indígena Muisca de Bosa

Nombre enfermedad propia	Frecuencia	Porcentaje
Descuajo	2055	63,54%
Mal De Ojo	1707	52,78%
Seco De Difunto	1531	47,34%
Matriz Caída	1503	46,47%
Otros	6	0,18%
Ninguna	1095	33,86%
Total	3234	100,0%

*Nota: Amibas, Bebe desnutrido, Culebrilla, Maldad, Ojo de pescado, Problemas del sueño

procesos de reconstrucción cultural de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

Frente al reconocimiento de enfermedades propias, 2.139 (66,14%) participantes refirieron conocerlas, el descuajo es la más conocida 2.055 (63,54%), así como amibas, debe desnutrido, culebrilla, maldad, ojo de pescado y problemas del sueño en una pequeña proporción del 0,03%. Se evidencia un alto reconocimiento y apropiación por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa de las diferentes enfermedades propias que han tenido una permanencia en el tiempo, conservando el conocimiento desde las abuelas; Sin

embargo, se reconoce en los datos también un importante número de personas que desconocen estas enfermedades y su importancia cultural y en salud. A pesar de lo anterior, 2617 (80,92%) personas afirman no haber sido tratadas por alguna enfermedad propia.

Un discreto grupo de 617 (19,08%) personas han sido tratadas por medicina ancestral entre 1 y 15 veces; 2492 personas (77,06%) aseveraron que les gustaría recibir atención medicina tradicional, dato que atestigua una positiva aceptación por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa hacia esta forma de medicina y un fuerte interés por beneficiarse de ella en la prevención, sanación, armonización y curación de desarmonías y desequilibrios, físicos, emocionales, mentales y espirituales.

Para las 742 (22,94%) personas que refieren que no quieren o no saben si quieren recibir atenciones en medicina tradicional, los principales motivos se relacionan con:

- El desconocimiento de la medicina ancestral un 29,2%(n=217)
- No creo en la medicina ancestral un 13,7% (n=102)
- Le queda retirado de su vivienda 9,2% (n=68)
- No cree en los médicos ancestrales 7,3% (n=7,3)
- Y una pequeña proporción que corresponde al 1,5% (n=11) de los encuestados aluden falta de tiempo, auto formulación, ser médico y no necesitar recibirla, tener una discapacidad, creencias de otro tipo, entre otras

Por otra parte, aunque a la mayoría de la comunidad (2492 personas) le gustaría recibir atención por medicina ancestral, aún hay comuneros y comuneras que por varios factores no participan ni se interesan en esta atención. Esto evidencia brechas de accesibilidad que requieren derribarse y la ausencia o insuficiencia de estrategias

para la correcta difusión de la información en torno a qué es lo ancestral, cómo se usa, para qué sirve y sus grandes beneficios para la salud.

Respecto a las diferentes tensiones e interrogantes que surgen en torno a la vigencia y legitimidad de la medicina ancestral de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, es imprescindible afirmar que comprender las características de esta comunidad obliga entender que estas tensiones y formas de resistencia ante los cambios culturales y territoriales es lo que da sentido a su vida y su lucha.

Los desafíos de los datos no son desconocidos para la comunidad, sus autoridades y los médicos ancestrales y parteras y no pueden entenderse como resultado de una acción insuficiente para la reconstrucción y conservación, o como un debilitamiento cultural producto de la progresión de la ciudad y el capitalismo sobre el pueblo Muisca que puede observarla de forma pasiva hasta que se consolide su absorción cultural y sanitaria. Al contrario, lo que debe tenerse presente es que la invisibilización de los saberes, ideas y prácticas en salud tiene su origen en la imposición de las ideas occidentales que, desde el inicio de la colonización, han querido destruir las propias, haciendo de esto un proceso que en la actualidad opera en el nivel inconsciente y es producto de las huellas que la violencia étnica ha dejado en los cuerpos y almas Muiscas. De este modo, no es desestructuración cultural o irresponsabilidad, es el efecto de siglos de adoctrinamiento y sometimiento sobre un pueblo que se resiste a saberse conquistado.

Por otra parte, 2559 (79,13%) encuestados refieren que las medicinas ancestrales y occidentales se pueden articular para el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. Se identifica por medio de los datos anteriores una alta recepción y aceptación por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a la articulación de las dos medicinas, en pro de la prevención de enfermedades, el acceso a beneficios conjuntos que logren el

cubrimiento de todas las necesidades en salud de la población, y además de incluir y respetar las creencias, los usos y las costumbres la de comunidad en la ejecución y acceso a la salud.

En la Tabla 10, se observa que 1830 personas consideran que la principal causa del desconocimiento de la medicina ancestral y la partería es la falta de divulgación al interior de la comunidad y 878 lo atribuyen a la falta de testimonios de sanación con la medicina ancestral. Pero además de estas causas, es posible constatar la influencia de otros factores que inciden en este desconocimiento como la permeación de las creencias religiosas hacia la medicina y partería, la mayor creencia en la medicina occidental y el desplazamiento de las familias hacia otros lugares fuera del territorio.

Tabla 10. Causas del desconocimiento de la medicina ancestral y partería en la comunidad

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Falta de divulgación al interior de la comunidad	1.830	56,6%
Falta de testimonios de sanación con la medicina ancestral	878	27,1%
Desplazamiento de las familias fuera de la localidad	776	24,0%
Creencia en la medicina occidental	605	18,7%
Creencias religiosas	565	17,5%
Otros	83	2,6%
Total	3.234	100,0%

En principio, estas cifras podrían entenderse como un decremento en el uso de las prácticas tradicionales de la medicina ancestral/tradicional y la partería por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa y algunas preferencias por la participación en la atención de los sistemas de salud occidental. Si se considera lo analizado respecto al gráfico anterior, se nota la predilección de la comunidad por recibir servicios de atención en salud interculturales que les permitan beneficiarse de ambas formas de medicina según sus necesidades, deseos y oportunidades específicos

y que varían no solo entre las personas, sino dependiendo de las características de cada desarmonía (o necesidad) que una persona presenta en diferentes momentos de su vida.

También es posible afirmar que influyen en la decisión sobre optar por una u otra forma de medicina en un momento determinado, la edad de las personas, su lugar de residencia, el tiempo y los recursos disponibles, el prestigio de los médicos, el accionar e influencia de los gestores de salud de la comunidad, los servicios, tratamientos e insumos disponibles, entre otros muchos factores que no hacen más que reafirmar la necesidad de que la comunidad disponga de ambas formas de medicina, pero sobre todo, de que estas operen de forma articulada y respetuosa.

Ante el prejuicio común en los círculos de la medicina occidental respecto al dogmatismo y radicalidad de la medicina ancestral, hay que afirmar que esto no es cierto y que médicos ancestrales (y parteras) no dudan en recomendar (y a veces exigir) o remitir a sus pacientes a los servicios sanitarios alopáticos cuando lo consideran necesario, pues son plenamente conscientes de su complementariedad y comparten la idea de que no existe una medicina mejor que otra sino dos modelos que pueden mejorar la calidad de vida y la salud. A pesar de todo, en lo que también existe acuerdo entre los médicos ancestrales, es en que ha sido más bien desde occidente que se ha desatado una campaña de desprestigio y subordinación de la medicina tradicional indígena. Ante esta tensión que podría calificarse como ficticia, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa apuesta e insiste por la interculturalidad en salud.

Conclusiones. Los problemas relacionados con la salud oral, la vacunación, la salud sexual y reproductiva, las desarmonías crónicas, los tamizajes para la detección del cáncer, la salud mental, el autocuidado y la adherencia a los tratamientos, así como sus efectos, tienen causas y explicaciones socioculturales; en general,

estas condiciones afectan la productividad, calidad de vida y cotidianidad de comuneros y comuneras.

La sociedad Muisca de Bosa usa la medicina ancestral y occidental, aunque en ambos casos es posible identificar oportunidades de mejora en la asistencia a consultas médicas y controles, así como en la adherencia a los tratamientos que podrían limitar la eficacia de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su diagnóstico y tratamiento cuando esta sobreviene. Aunque se observa una fuerte penetración de la medicina occidental sobre la salud indígena y la medicina propia, también es evidente un fuerte (aunque aún insuficiente) proceso de crecimiento y recuperación de las prácticas y conocimientos ancestrales en salud, así como de su uso.

2.2. Partería

En esta categoría, se presentan las características del reconocimiento de las prácticas ancestrales/tradicionales de la partería que se han olvidado, que se conservan y que se practican en Comunidad Indígena Muisca de Bosa; para ello se crearon cuatro (4) grupos de variables. Por su relevancia se destacan las variables asociadas a gestaciones y partería, y percepción de la partería en su sección individual; y conocimiento de la partería en su sección familiar.

Somos seres de agua, seres para quienes, desde el momento de siembra de la semilla humana (fecundación), ya están dispuestos todos los fluidos para la materialización de la gestación de su vida. Desde allí viene el origen de cada persona que habita este territorio donde la madre dispone su útero, su sangre, sus órganos, su espíritu y su energía para transformar esa semilla sembrada por el hombre y transformarla en vida. Desde allí está la historia de cada uno de nosotros, allí empieza nuestra vida en este plano. Desde allí, el Muisca cuida la vida (CIMB, 2023b, p. 110).

Bien es sabido, y como su nombre lo indica, que las parteras Muisca son mujeres de la comunidad que acompañan a otras mujeres antes, durante y después del parto. Tremenda responsabilidad e importancia en la reproducción de la sociedad y el sostenimiento de la vida desde sus momentos fundamentales. Pero esta podría ser una definición muy incompleta de lo que representan las parteras para la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Ellas son un importante eje estructurante de la cultura en tanto custodias profundos y antiguos conocimientos. Son poseedoras de dones, lideresas políticas, responsables de los derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género en la comunidad y reconocidas consejeras de mujeres, parejas y familias, entre muchas otras cosas (CIMB, 2023a).

Por su profunda conexión con Hystcha Guaia, los impactos de la transformación del territorio afectan de manera diferente a las mujeres; ante ello, las parteras reafirman la fuerza femenina y creadora, resisten y cuidan usando sus profundos conocimientos sobre plantas medicinales, cuerpo de la mujer, gestación, parto, cuidado de las semillas y su crianza, cultivo y alimentación, recepción, preparación, lectura y arreglo de placentas, ceremonias de la primera y última luna y del nuevo ser y un sinfín de materias más. Además, son objeto de gran intimidad y confianza por parte de las mujeres, especialmente de aquellas que han sido objeto de sus atenciones y cuidados; son expertas y guías en el uso de plantas, infusiones, dietas, baños de inmersión y sudoración, sahumeros, soplos y masajes, entre otros muchos procedimientos cuidadores, preventivos y sanadores (CIMB, 2023a).

Las parteras son mujeres que dedican su vida a acompañar a las personas de su comunidad, recorriendo los territorios y las casas de las familias para brindar su medicina física y espiritual, apoyada por las plantas del territorio para nutrir, acompañar, sanar, y partir a su comunidad. Tiene claro que este es un oficio que se perdió y transformó por muchos años en la comunidad, pero

que ahora es de vital importancia dentro de la misma para acompañar a las familias y fortalecer el tejido comunitario. Su misión de vida es “cuidar la puerta de la vida y de la muerte” (CIMB, 2023a).

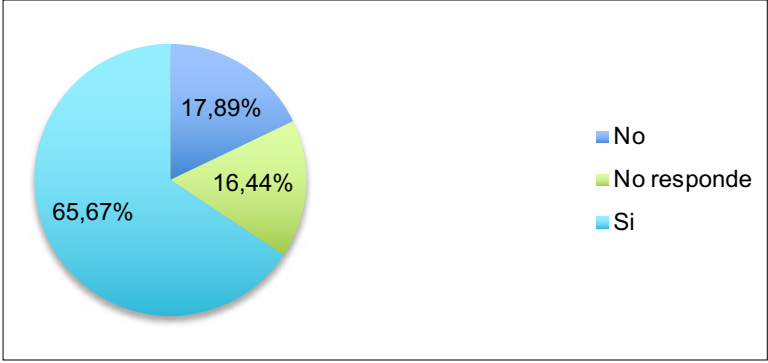
Ser partera es producto de un largo y exigente proceso de preparación de la mano de otras parteras más experimentadas, generalmente madres y abuelas. Esto incluye la transmisión oral de saber y el aprendizaje empírico mediante la observación rigurosa y la práctica progresiva y acompañada; pero al igual que con los médicos ancestrales, también requiere de un proceso de sanación personal por medio de la reflexión, el consejo, la guía, trasnocho, ayunos, purgas, baños, dietas, plantas actividades rituales, en fin, todo lo necesario para la armonización espiritual requerida para el desarrollo positivo de su labor. En la actualidad las parteras Muisca se siguen preparando y comparten sus saberes con médicos tradicionales y occidentales, enfermeras y funcionarios de la salud, pero también con las niñas, adolescentes y mujeres de la comunidad con el fin de transmitir y preservar los conocimientos ginecobstétricos, culturales y políticos que sustentan la comunidad y garantizan su continuidad en apego a las tradiciones (CIMB, 2023a).

2.2.1. Sección Individual

A continuación, se muestran los resultados del análisis sobre el proceso de preparación y cuidado de la mujer para y durante la gestación en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, sección aplicada a 1530 mujeres mayores de 10 años, que representa el 47,3% de la población caracterizada. Además, gracias a la información recolectada se establecieron asociaciones entre los diferentes grupos etarios y la planificación de la gestación, el número medio de hijos por mujer, el número de gestaciones que terminaron en fallecimiento del hijo y la frecuencia con la que ocurrieron abortos.

En esta sección también fue posible visibilizar una forma de violencia contra la mujer: la violencia obstétrica. Se midió su ocurrencia durante la atención en los partos que se atienden en el sistema de salud.

Gráfico 20. Mujeres que han planeado, deseado y/o esperado sus embarazos



De las comuneras caracterizadas, 1034 han quedado en embarazo, lo que corresponde al 67,58% del total. De ellas, 679 refieren que sus embarazos fueron planeados, deseados y/o esperados. Estos datos indican que en la mayoría de las mujeres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa prevalece y se considera importante la idea de preconcebir o planear la concepción de sus hijos, lo que está ligado directamente con la cosmovisión indígena propia, en la que la concepción de los hijos se hace, es decir se asemilla al bebé, desde el pensamiento mucho antes de nacer, lo que genera una armonía en el desarrollo de la vida de la semilla y en la vinculación con sus padres.

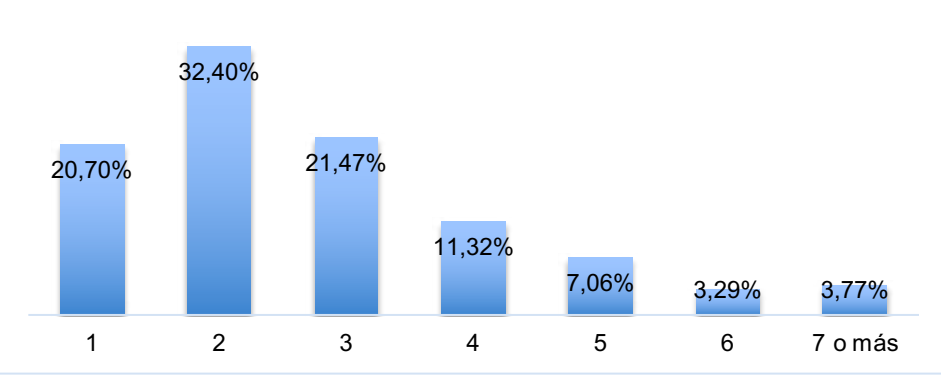
Sin embargo, existe una cantidad cercana al 18% de mujeres que reportaron no haber deseado, planeado o esperado sus embarazos. Este resultado evidencia la importancia del acompañamiento, apoyo e instrucción de la partera en la vida de las comuneras, para proteger y reforzar la concepción del embarazo desde la cosmovisión indígena en la mujer Muisca, empoderándola hacia el cuidado y protección de su territorio, es decir su cuerpo y su semilla o hijo. Por otro lado,

se encontró que un 16,4% de comuneras no respondió esta pregunta, lo que muestra la importancia de la partería para fortalecer el reconocimiento y aceptación de la mujer indígena del proceso de preconcepción y gestación y su cuidado en esta etapa de la vida. La necesidad de divulgar las acciones que se hacen por parte de las parteras y su importancia en las practicas ancestrales, como un proceso que se orienta al mantenimiento de la cultura y la pervivencia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

Dos (2) es el número más frecuente de embarazos por mujer en la comunidad, con 335 casos; de la misma manera se pudo establecer que menos del 10% de las

comuneras ha tenido 5 o más embarazos y menos del 3% ha tenido 8 o más. Esto podría ser resultado de la ya mencionada transición demográfica; es decir, el cambio que experimentan las poblaciones pasando de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad, que para el caso Musca de Bosa refleja el respeto y apoyo que se le da a las decisiones que toman las mujeres sobre el número de embarazos que quiere tener y en ello la educación propia y la occidental juegan un importante papel.

Gráfico 21. Porcentaje de mujeres con antecedente de gestación, desagregado por número de embarazos



Como se evidencia en la gráfica siguiente, solo las comuneras que actualmente pertenecen al momento de curso de vida vejez tuvieron siete o más gestaciones a lo largo de su edad su vida, tampoco se refieren en proceso de caracterización embarazos en niñas de 10 a 14 años, de la

misma manera son escasos los embarazos adolescentes encontrando en la muestra solo 5 casos de este tipo, equivalentes al 3,0% de las mujeres con antecedente de gestación. Lo anterior, evidencia el trabajo arduo de la comunidad y las parteras por proteger y respetar los derechos de

Gráfico 22. Porcentaje de mujeres con antecedente de gestación a lo largo de su vida, desagregado por número de gestaciones y momento de curso de vida

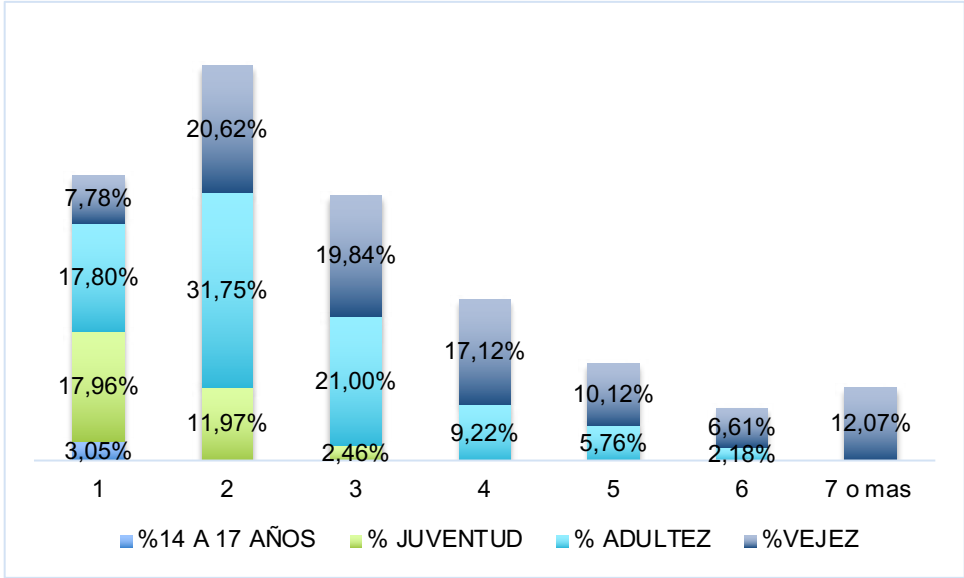


Gráfico 23. Porcentaje de partos que terminaron en cesáreas

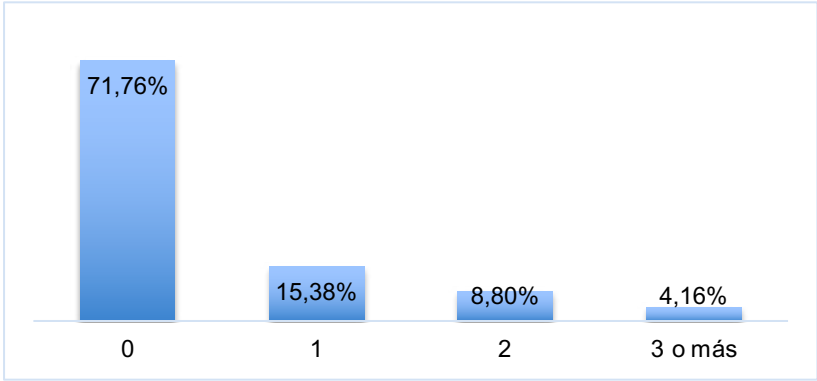
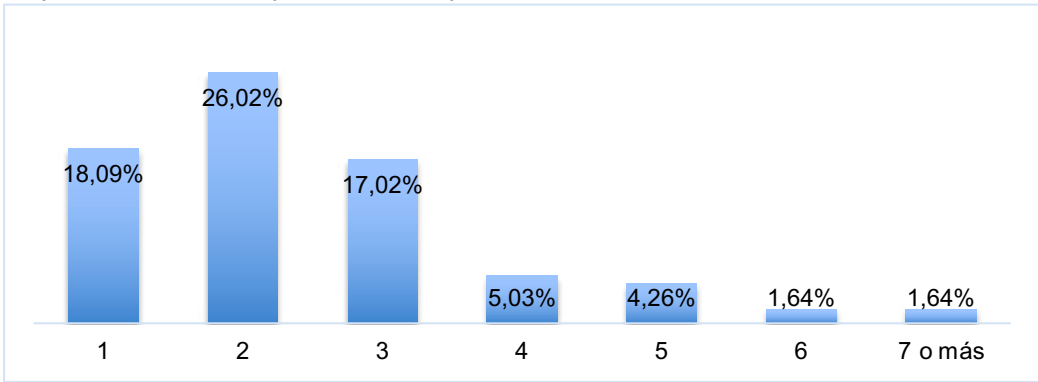


Gráfico 24. Número de hijos vivos por mujer



las niñas y adolescentes (especialmente los sexuales y reproductivos) y por acabar con las inequidades de género.

De las comuneras que han quedado en embarazo, 293 (28,34%) han tenido su parto a través de una cesárea. Aunque se desconocen las razones por las que se realizaron este procedimiento y se sabe que en algunos casos es mandatorio para no poner en riesgo la vida de la madre y el bebé, también es claro y está documentado que este acto puede ser constitutivo de violencia obstétrica cuando existiendo las condiciones para realizar un parto natural, se realiza una cesárea sin el consentimiento pleno, libre, expreso y espontáneo de la mujer. El conocimiento de las parteras es garante de estas condiciones.

Dado lo anterior, la cifra encontrada resulta significativa, más que por el porcentaje de mujeres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa que han sido sometidas a cesáreas, porque culturalmente cuando es resultado de la violencia obstétrica genera una preocupación teniendo en cuenta el impacto y las consecuencias en el cuerpo y cuidado (territorio) de la mujer indígena, su salud física, emocional, mental y espiritual, y porque se está cediendo el poder a la medicina occidental y a la medicalización de los cuerpos de decidir cómo parir, perdiendo la esencia y el poder natural de parir desde la ancestralidad.

Por otra parte, de las 1035 comuneras que han quedado en embarazo, 762 (73,69%) tienen entre 1 y 13 hijos vivos producto de sus gestaciones. Esto seguramente es una muestra de los progresos rápidos en lo concerniente a la supervivencia y la promoción de la salud y el bienestar de los recién nacidos. Dentro de estos progresos la alta cobertura de atención prenatal de calidad, atención del parto por personal cualificado y la atención posnatal para madres y recién nacidos hacen parte de programas de partería eficientes. Ese tipo de atención continuada es claramente un modelo que está presente en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, y esta es una oportunidad para visibilizarlo, reforzarlo y destacar el papel fundamental que juega en la prevención de las muertes infantiles y en la preservación biológica de la comunidad.

De las 1034 comuneras que han quedado en embarazo, 153 (14,8%) tienen entre 1 y 5 hijos que han fallecido. Aunque este porcentaje parece pequeño, ningún niño o niña debería morir, no solo por las consecuencias emocionales y psicológicas para su madre y su familia, sino también por el impacto para la supervivencia del pueblo Muisca. Por otro lado, la OMS (2019) sostiene que, en 2019, casi la mitad de las muertes de menores de 5 años ocurrieron en su etapa neonatal, por enfermedades y trastornos asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, de personal cualificado y de tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida. Todas, situaciones evitables, si en la comunidad las mujeres recibieran atención continua por las parteras, hecho que también ha sido reconocido por la OMS (2019).

De las 1034 comuneras que han quedado en embarazo, 187 (18,9%) han tenido entre 1 y 4 abortos. Siendo de interés especial los casos de aquellas comuneras, aunque son menos de 2 casos, que han tenido entre 3 y 4 abortos, ya que reflejan la necesidad e importancia en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa del acompañamiento desde la partería a estas mujeres durante este proceso,

teniendo en cuenta el impacto físico, emocional, mental, espiritual y cultural que tiene sobre ellas.

Dado que desde la cosmovisión Muisca la concepción de la vida es sagrada y se debe salvaguardar y respetar, el asunto de la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) es motivo de tensiones y debates a su interior, pues existe una creciente tendencia a respetar los derechos y decisiones de las mujeres de la comunidad que se puede observar por ejemplo, en el hecho de que en su portafolio de servicios se reconoce esta posibilidad y para ello se brindan variados cuidados físicos y espirituales postaborto para las mujeres que toman esta decisión.

De las comuneras caracterizadas, 1530 son mujeres con más de 10 años, de ellas 12 (0,78%) se encuentran en embarazo: 1 en su primer trimestre de embarazo, 7 en su segundo trimestre y 4 en su tercer trimestre. Resulta supremamente importante la detección y el reconocimiento de estas mujeres gestantes en la comunidad, pues requieren, desde una etapa temprana del embarazo, su ingreso y el seguimiento a su asistencia a controles prenatales, además de realizar un acompañamiento permanente por el equipo de Medicina ancestral indígena y su vinculación al proceso de partería ancestral y tradicional, para garantizar el cuidado integral del bebé, la madre y su familia.

De las 12 comuneras gestantes, 10 (83,33%) asisten a controles prenatales y al curso de preparación para la maternidad y la paternidad. La cifra anterior es muy importante pues resalta no solo el compromiso de las mujeres, también el compromiso particular de los padres y en general de los hombres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa con la gestación, así como la comprensión de su papel no solo para el desarrollo, cuidado y salud del bebé, y para el establecimiento de un vínculo fuerte con su futuro hijo, sino también para la salud psicológica y emocional de la madre, y la consolidación de la relación de pareja y la familia. Cabe anotar la importancia de la asistencia a los

controles de los padres para garantizar la armonía en el proceso de gestación.

De las 1530 comuneras mayores de 10 años, 1148 (75,03%) nunca han escuchado acerca del parto humanizado, cifra que corresponde a una significativa mayoría. Teniendo en cuenta que:

El “parto humanizado” o “parto respetado” constituye una de las maneras más importantes de reintegrar, por parte de la medicina actual, de manera holística, el proceso de atención integral y enfoque del bienestar de la mujer gestante durante la atención del trabajo de parto, parto y puerperio. La humanización se vincula a diversos componentes con los que se busca una mejoría en la calidad de los servicios de salud, la relación médico-paciente y la mejor experiencia para ésta, logrando afianzar los procesos fisiológicos secundarios al evento del nacimiento, implicando una experiencia más placentera. (Gómez y Ortiz, 2020. p. 17).

Este dato resulta relevante pues muestra el alto desconocimiento existente en las mujeres de la comunidad sobre su derecho a un parto con asistencia de calidad e intercultural que supone menores herramientas en su exigencia como derecho. Adicionalmente, su no garantía impide a las mujeres acceder libremente a prácticas rituales y espirituales que se conservan desde la tradición al momento de parir, como el reclamar la placenta, el acompañamiento de la pareja y la partera, entre muchos otros.

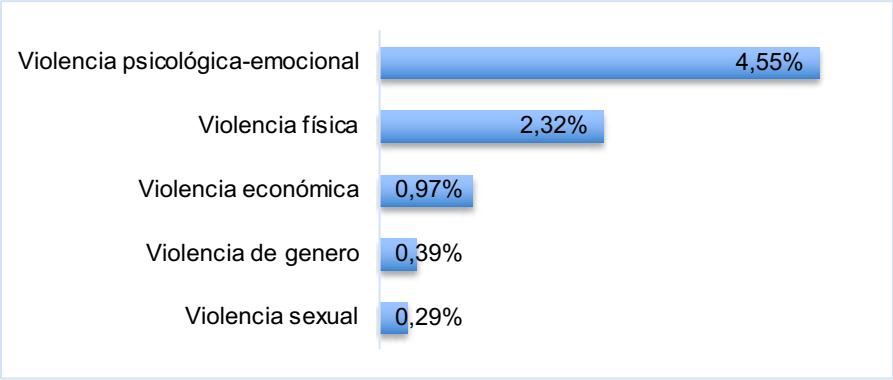
De las 1034 comuneras que han estado embarazadas, 235 (22,73%) refieren que su parto fue inducido. Conscientes de que en algunos casos se requiere la inducción para salvaguardar la vida de la madre y bebé, es relevante mencionar que este procedimiento con fre-

cuencia puede ser también una práctica común e innecesaria que expresa el desequilibrio de poder entre el personal de salud y las mujeres indígenas, lo que en resumen termina por ser una forma de violencia obstétrica. Para el caso Musca, además muestra, como a través de la disminución de la asistencia de las comuneras a las prácticas ancestrales de la partería, se ha aumentado la asistencia al sistema occidental, obsérvese lo que afirma el documento de profundización de medicina tradicional y partería de la comunidad:

Además, con el tiempo, se potenció la medicalización occidental de los cuerpos indígenas, sobre todo ante el proceso natural de nacimiento de los nativos, algo que durante muchos años fue práctica propia de las abuelas Muisca. Esto ha implicado que las mujeres cedan su poder al momento de parir, olvidando la fuerza del espíritu del linaje femenino, quien permite ser y encontrar el poder creador. (CIMB, 2023a, p. 24)

De un total de 1530 comuneras mayores de 10 años, 78 (7,54%) refieren haber sido violentadas de una o varias maneras por algún miembro de su familia o su círculo familiar cercano. Aunque la cifra anterior parece pequeña, la violencia intrafamiliar es un problema que generar graves consecuencias y las víctimas de cualquiera de sus tipos sufren daños físicos, emocionales y psíquicos, pueden ser incapaces a futuro de establecer o mantener relaciones afectivas y sufren problemas de autoestima. Cada uno de estos casos, más allá del número, traduce sufrimiento y tragedias individuales y fu-

Gráfico 25. Tipo de violencia sufrida durante el parto



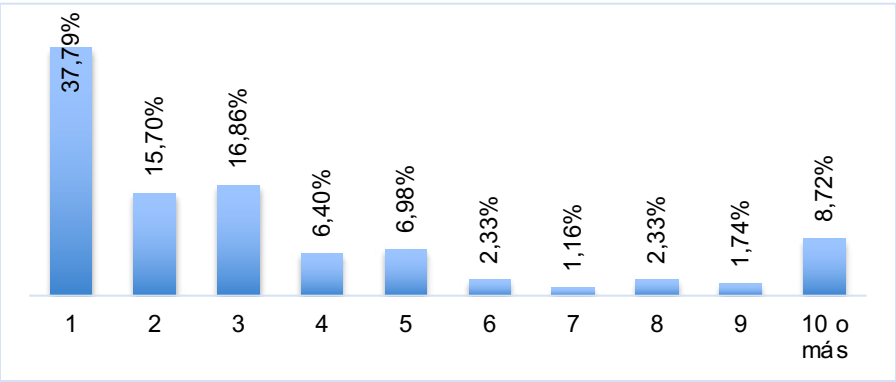
turas y de ninguna manera puede permitirse y la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

De las 1034 comuneras que han estado embarazadas, 88 (8,51%) refirieron haber sufrido alguna forma de violencia durante el parto; la más común (n=47) fue la violencia psicológica o emocional. De acuerdo con lo ya anotado, la ocurrencia de violencia obstétrica refleja por una parte el desconocimiento de las mujeres de su derecho a tener un parto humanizado y a parir en armonía y tranquilidad; evidencia también las falencias del personal de salud en la aplicación del enfoque intercultural durante el parto y una violación a los derechos reproductivos de las mujeres indígenas. Según Gleason et al. (2021) “la violencia obstétrica marca a las mujeres durante toda su vida y puede influir negativamente en su deseo de tener más hijos” (p.3).

De las 1034 comuneras que han estado embarazadas, 53 (5,12%) refieren haber tenido acompañamiento para el trabajo con su placenta. Un pequeño pero significativo porcentaje de mujeres en quienes pervive este ritual de trascendencia cultural y biológica. Las razones precisas de su ausencia en el otro gran porcentaje son desconocidas, hecho que dificulta subsanarlas y fomentar la práctica de este ritual de acuerdo con los usos y costumbres. En el colonialismo desatado por la religión, la educación y la medicina alopática, se pueden encontrar motivos generales; pero hay que conocer las razones particulares en los casos, su historia y cómo ciertas ideas pueden estar perdiendo fuerza.

Percepción de la partería. La siguiente sección tuvo como objetivo analizar el reconocimiento y la participación de las mujeres en la práctica de la partería en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Se enmarca en el esfuerzo por recuperar su uso y aumentar el reconocimiento del derecho indígena a ejercerla y a que sea reconocida

Gráfico 26. Porcentaje de mujeres con asistencias a consulta por partería



y respetada en la atención en los sistemas occidentales.

Una primera cifra que hay que destacar en este apartado es que un significativo 96,4% de las comuneras mayores de 10 años caracterizadas (su principal grupo de interés) conoce de la existencia de la Partería. Una importante diferencia respecto al reconocimiento del que goza la medicina ancestral en la comunidad y que fue descrito en su respectiva categoría.

De las 1530 comuneras mayores de 10 años caracterizadas, solo 172 (5,32%) han asistido a consulta por partería; de estas, 65 han asistido una vez y 107 han asistido entre 2 y 30 veces. No obstante, 1362 mujeres nunca han asistido a esta práctica ancestral tradicional de la partería. Estas cifras evidencian el debilitamiento actual en el uso de la práctica de la partería y el aumento a la asistencia a la medicina occidental para la atención de los partos por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Cabe resaltar que esta práctica ha sido modificada por varios factores:

Por el crecimiento de la ciudad y la contaminación del territorio y del agua, las familias de la comunidad Muisca de Bosa cambiaron su forma de vida, pasando de ser familias que cultivaban sus propios alimentos a consumir ajenos, lo que afectó al cuerpo de las mujeres. Algo similar ocurrió con las largas jornadas de trabajo sentadas o quietas, que transformaron los cuerpos, afectando así el buen desarrollo de los partos. Además, con el tiempo, se

potenció la medicalización occidental de los cuerpos indígenas, sobre todo ante el proceso natural de nacimiento de los nativos, algo que durante muchos años fue práctica propia de las abuelas Muiscas. Esto ha implicado que las mujeres cedan su poder al momento de parir, olvidando la fuerza del espíritu del linaje femenino, quien permite ser y encontrar el poder creador (CIMB, 2023a, p. 26).

Para las 1362 comuneras que nunca han asistido a consulta de partería, la causa principal de esta inasistencia es el desconocimiento de la práctica de la partería en la comunidad (19,6%), que involucra el no conocer que acciones y atenciones desarrollan las parteras; los datos también muestran en una pequeña proporción inferior al 2% razones como no estar embarazada, no tener hijos o la edad, lo que demuestra que la mujeres de la comunidad asocian las atenciones de partería a únicamente la atención de la gestación y el parto, desconociendo el acompañamiento que se realiza a los diferentes procesos evolutivos de la mujer como la menarquia y menopausia, también los relatos de que en el momento en que se encontraba gestando los procesos de partería no habían implementado y considerar que su atención a nivel intrahospitalario será mejor pues cuentan con medicamentos para el dolor.

Asimismo, de las 1530 comuneras mayores de 10 años caracterizadas, 430 (13,30%) quisieran recibir atención en partería, pero 1127 (86,70%) mujeres manifestaron su desinterés; todo esto indica dificultades para visibilizar y fortalecer esta práctica en la comunidad teniendo en cuenta su importancia médica y cultural, siempre en el marco de la pervivencia de sus usos y costumbres. A pesar de ello, debe afirmarse que el cabildo y las parteras realizan un arduo trabajo para su recuperación, especialmente en los últimos años (por ejemplo, la inclusión dicha esta categoría en esa encuesta y en general en todo el Contrato Interadministrativo 5141949-2023) y que incluyen acciones divulgación sobre su existencia, un incremento de atenciones propias, acciones para la transmisión de conocimientos y el desarrollo de acciones formativas para

las parteras. Con todo esto se espera, con el paso del tiempo, un renacer de la práctica.

Acerca de los derechos de las comunidades indígenas acerca de la partería, mayoría 1337 (94,03%) refiere desconocerlos. Esto disminuye su participación en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su posibilidad de exigir y ejercer sus derechos en los diferentes ciclos de vida de la mujer, en especial en la etapa de gestación en la que suelen ser más vulnerables física, psicológica y espiritualmente ante el sistema de salud institucional.

Tan solo 117 (7,64%) mujeres de la comunidad refieren participar en procesos de partería actualmente, de ellas 44,44% atención del parto y el posparto, 40,17% atención del parto, 35,04% en atención del recién nacido, 24,79% en acompañamiento de la primera luna (menarquia), 20,51% en acompañamiento del retiro de la luna (menopausia), así mismo y en menor proporción se encuentran los cantos a placentas y por proceso que lleva las aprendices de partería.

Salud sexual. De las 1530 mujeres mayores de 10 años solo 52 (3,40%) tienen intención reproductiva en el corto plazo. Ya se ha señalado que esta tendencia podría estar asociada simultáneamente con el progreso de la educación y la capacidad de decisión de las mujeres Muiscas de Bosa, pero también de procesos de cambio cultural; esto ha dado lugar a que mujeres en etapa reproductiva opten por la soltería o por no tener hijos, priorizando otros proyectos de vida como trabajar o estudiar. No es posible ocultar que este hecho debe observarse permanentemente, pues su desequilibrio, más allá de lo conveniente, podría afectar la pervivencia de la comunidad, la cultura y los usos y costumbres.

795 (51,96%) mujeres mayores de 10 años usan un método de planificación, lo que ilustra el cuidado en su salud sexual y reproductiva y el pensamiento y el sentir de no ejercer la maternidad a corto plazo y 735 (48,04%) que no planean, ni previenen

Tabla 11. Tipo de método de regulación de la fecundidad

Método de anticoncepción	Frecuencia	Porcentaje
Definitivo (pomero y o ligadura)	424	53,3
Implante subdérmico	139	17,5
DIU	88	11,1
Inyectable mensual	42	5,3
Anticonceptivos orales	39	4,9
Preservativo	34	4,3
Métodos Naturales	17	2,1
Otros	12	1,5
Total	795	100,0

*Nota: Inyectables, Orales, Mixtos

el embarazo que representa un menor control en la concepción de la vida desde usos y costumbres enfocados en el cuidado de la mujer.

De las 795 mujeres que usan un método de regulación de la fecundidad, 424 tienen un método definitivo quirúrgico, seguido de 139 y 88 que usan el implante subdérmico y el DIU respectivamente (métodos temporales de larga duración). 80 mujeres utilizan métodos temporales de corta duración como inyectables mensuales (41 mujeres) y anticonceptivos orales (39 mujeres). Más de la mitad de las mujeres que usan un método de planificación conocen y ejercen el derecho que tienen junto a sus parejas a decidir cuántos hijos tener y se han sometido a una cirugía para terminar su etapa reproductiva definitivamente. No obstante, no se identifica en la información recolectada el uso de métodos propios de planificación en las mujeres de la comunidad, lo que refleja su desconocimiento y supone un riesgo cultural relacionado con la pérdida de prácticas y conocimientos ancestrales y sanitarios.

2.2.2. Sección Familiar

Cuenta la historia de la Comunidad Muisca de Bosa en la memoria de las parteras, que desde sus

bisabuelas, abuelas y madres se transmitió de generación en generación, conservando la esencia en el cuidado de la mujer, su cuerpo, alma y espíritu, hijos y familias, tejiendo con amor el linaje de nuestra comunidad.

Se evidencia en los relatos de las abuelas de hace 30 o 40 años que se atendieron sus partos y a veces las personas que les ayudaban en el proceso eran sus esposos o hijos, lo que evidencia la gran fuerza de las mujeres de nuestra comunidad, que se apoyaban en sus familias o parteras para traer nuevos seres al territorio sin intervención médica occidental. (CIMB, 2023. pp. 28-29).

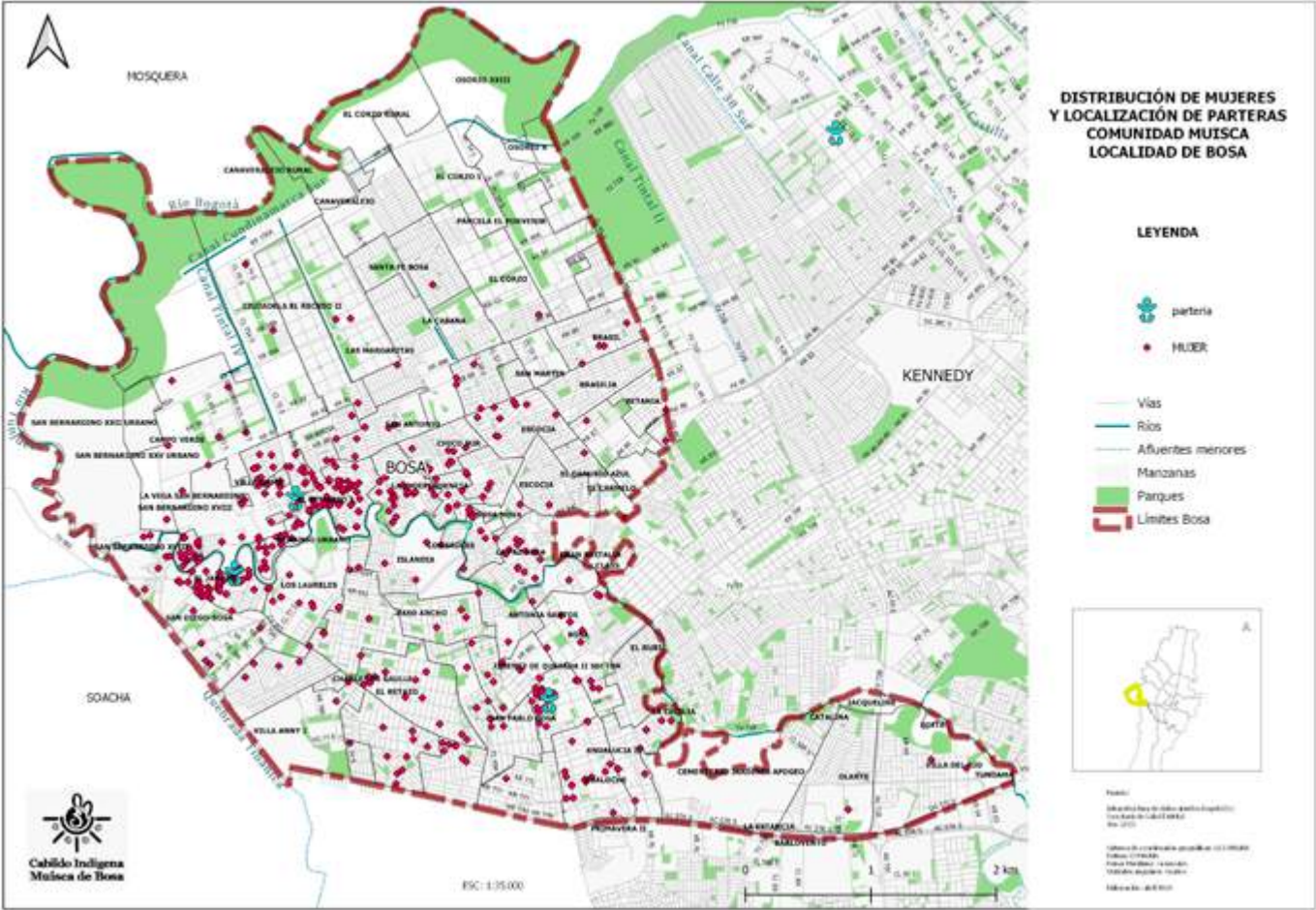
Es de esta manera que la comunidad ha luchado por preservar esta práctica ancestral y tradicional en el tiempo, salvaguardando la vida, salud y calidad de vida de las mujeres en todas las etapas, con un acompañamiento especial en la etapa de pregestación, gestación y posgestación, sin dejar a un lado, el crecimiento y desarrollo durante todos los ciclos de vida, como la primera luna, la etapa reproductiva, el retiro de luna, la mortuoria, debiendo resaltar su acompañamiento también en la familia para los diferentes ciclos.

Se presenta así la actual oferta de servicios de partería en relación con la distribución de mujeres de la comunidad en la localidad de Bosa.

Conocimiento de la partería. De las 1002 familias caracterizadas, 969 (96,71%) refieren que no tienen actualmente mujeres gestantes en sus familias y 33 (3,29%) que sí las tienen. En el mismo sentido, 949 (94,71%) refieren que no tienen actualmente mujeres lactantes en sus familias y 53 (5,29%) que si las tienen.

617 (61,58%) de las familias caracterizadas refieren que conocen o han conocido parteras en la comunidad, y 385 (38,42%) no lo han hecho. Además, 675 de las familias caracterizadas indican que en su familia no han sido atendidos por parteras, y 327 si han recibido esta atención. Estas cifras, son una muestra más de lo ya anotado antes respecto

Mapa 7. Distribución de mujeres y localización de parteras, comunidad Muisca localidad de Bosa



a la pérdida de reconocimiento que ha sufrido esta práctica y la mayor asistencia de las mujeres muisca al sistema de salud occidental para la atención durante sus diferentes cursos de vida, la medicalización de su cuerpo y el ejercicio de su salud sexual y reproductiva mediante usos y costumbres diferentes a los ancestrales. Al mismo tiempo, las respuestas afirmativas a la encuesta en estos dos aspectos representan los resultados de los esfuerzos por su recuperación y la pervivencia de la práctica en la comunidad que, lejos de extinguirse, viene tomando fuerza paulatinamente desde la constitución del cabildo en 1999 y que en los últimos 5 años ha avanzado significativamente, a partir de procesos de fortalecimiento propio y de los esfuerzos de las parteras de la comunidad.

De 1002 familias caracterizadas en este ejercicio, la mayoría 671 (66,97%) indican que en su familia ningún miembro ha nacido con partera. Por otro lado, solo un tercio de las familias caracterizadas,

es decir (n=331) de ellas, si han tenido partos atendidos por parteras. De nuevo, aunque en menor medida, en las familias todavía (o de nuevo) se reconoce la práctica ancestral/tradicional de la partería; lo que se debe considerar como un motivo para impulsar todas las actividades que dentro de la comunidad fortalecen su práctica.

848 (84,63%) de las familias caracterizadas han indicado que en su familia ningún miembro se ha desempeñado como partera y tan solo 154 (15,37%) tienen o han tenido una partera en sus familias. Esta cifra revela cierta resistencia de las mujeres de la comunidad por mantener viva esta práctica ancestral y tradicional, en honra a la cultura, ancestros y abuelos; pero es importante tener en cuenta que en el contexto urbano y capitalista impuesto sobre el territorio, la práctica de la partería puede resultar incompatible o insostenible, pues las mujeres deben dedicar su vida a trabajar para conseguir su sustento y el de sus familias, pues la

actividad de la partería no recibe el reconocimiento económico requerido para que las mujeres puedan dedicarse o ver en ella una opción de vida.

Pero también muestran los datos el esfuerzo de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa por mantener viva esta práctica ancestral/tradicional a través del acompañamiento de la mujer en los diferentes ciclos de su vida y a las familias en procesos de mortuoria y el reforzamiento mediante escuelas de formación en partería, talleres, charlas, círculos de palabra, encuentros de saberes, pagos, rituales de luna y trasnochos con otras comunidades, en el empoderamiento de aprendices a través de la medicina ancestral, todo en el marco del fortalecimiento de los usos y costumbres y la pervivencia de la cultura.

Finalmente, y pese a las leyes establecidas relacionadas con la partería, resaltando el artículo 2 del Acuerdo 860 de 2022. Es posible aseverar que persiste una brecha entre lo escrito y la práctica en la atención diferencial de las mujeres indígenas muisca de Bosa en el momento de ejercer la práctica ancestral/tradicional de la partería, en su articulación y desenvolvimiento dentro del sistema de salud occidental, por lo que las mujeres siguen luchando por la pervivencia de esta práctica ancestral y sus derechos como mujeres dadoras de vida.

Conclusiones. Las parteras Muisca de Bosa juegan un papel fundamental en la comunidad y constituyen una fuerte trinchera biológica, médica y cultural. Gracias a su trabajo y la recuperación de su posicionamiento, las mujeres de la comunidad tienen un mayor apoyo en términos de salud sexual, información y apoyo para la planificación de sus hijos y familias, acompañamiento a su vida gestante y lactante, aunque existen retos importantes en todos estos asuntos. Se reporta un reducido número de embarazos adolescentes (n=5) y ninguno infantil. El 96,4% de las mujeres mayores de 10 años reconocieron la partería, pero solo el 11,24% han asistido a consulta por esta especialidad. Su nombre suele asociarse con activi-

dades exclusivas del embarazo y el parto y esto podría explicar su uso reducido.

El derecho a la partería y el parto humanizado son asuntos desconocidos para la gran mayoría de mujeres, pues el 87,4% refieren no conocer los derechos de las comunidades indígenas frente a la partería. A ello se suman expresiones de discriminación y desconocimiento de las parteras y su ejercicio. Persisten prácticas de violencia obstétrica hacia las mujeres que son reflejo de la apropiación occidental de los cuerpos indígenas y de su medicalización, entre las que se han identificado cesáreas, partos inducidos y abortos que son incompatibles con la cosmovisión. Las mujeres siguen siendo objeto de violencias en sus círculos familiares y durante sus partos por parte de las instituciones que las atienden.

Las prácticas anticonceptivas revelan nuevos roles de la mujer en la sociedad Muisca de Bosa y un mayor empoderamiento sobre sus cuerpos, sus familias y sus derechos sexuales y reproductivos, pero su uso podría implicar dificultades biológicas y culturales para la comunidad, en lo que respecta a su pervivencia en el territorio.

2.3. Territorio

Esta categoría presenta las características del territorio y sus transformaciones como determinante en salud, factor protector o de riesgo para la comunidad y su incidencia en la salud y armonía; para ello se crearon cinco (5) grupos de variables. Por su relevancia se destacan las variables asociadas a sitios sagrados, sentido de pertenencia del territorio en su sección individual y manejo de residuos, tenencia de animales y/o mascotas, vectores y plagas, y cambios y/o pérdida del territorio en su sección familiar.

En el Capítulo I se presentó una historia muy resumida de la relación entre territorio ancestral y comunidad Muisca de Bosa, vínculo que refleja una tradición de despojo y transformaciones en la

concepción, uso y propiedad territorial. Comprender el sentido profundo de esta historia, más allá de su dimensión política y la relación que este guarda con la salud y la enfermedad, implica conocer el hondo sentido del territorio para el pueblo Muisca de Bosa y su importancia más allá de lo geográfico. En este sentido, el territorio Muisca hace referencia a

los elementos identitarios donde convergen lo cultural, lo social, y las prácticas de contexto funerario donde los ancestros han sido inhumados de generación en generación y por ello se presenta un arraigo tradicional de prácticas asociadas en un contexto comunitario. De igual manera, el territorio lo conforman el sistema de lugares considerados como sagrados, tales como: lagunas, cerros, humedales, abrigos rocosos (piedras), vallados, ríos, cementerios, entre otros, los cuales conforman un sistema energético debidamente conectado físicamente y en las prácticas culturales asociadas a medicina tradicional y otros rituales. (CIMB, 2020a p. 36)

Teniendo este concepto presente, para la categoría de Territorio se establecieron 5 agrupaciones de variables, que se dividieron en dos secciones, una individual y otra familiar (siempre en relación con la salud y la enfermedad). A continuación, los resultados del ejercicio:

2.3.1. Sección Individual

Sitios sagrados y defensa territorial. En consonancia con la tradición de defensa de este territorio ancestral, 911 participantes en la encuesta (28,17%) indican haber actuado para la defensa y protección del territorio, principalmente en su cuidado ambiental donde participaron 808 personas, seguido de acciones de gobierno con 196 y de seguridad y defensa con 168. Esta cifra no sorprende si se considera que la larga historia de defensa territorial Muisca de Bosa tiene un fuerte anclaje con el cuidado ambiental como misión legada ancestralmente y que ha estado en el centro de sus reivindicaciones culturales, políticas y territoriales, con lo que se explicarían las frecuencias de participación en acciones de gobierno y seguridad.

En este orden de ideas, con fines metodológicos y para lograr una comprensión más detallada de los hechos, en la pregunta de la encuesta se presentaron las opciones de respuesta aquí referenciadas; pero en realidad, como ya se indicó, en la naturaleza del territorio Muisca y su defensa, todas estas variables se entretajan de manera sistemática y tienden a conformar una sola, de tal forma que la una no es comprensible sin las otras, pues por ejemplo, cuando se defiende el medioambiente, se está haciendo una defensa política del territorio y la autonomía de gobernarlo; lo mismo ocurre en sentido contrario.

En este orden de ideas, con fines metodológicos y para lograr una comprensión más detallada de los

Tabla 12. Sitios sagrados de la Comunidad Muisca de Bosa, desagregados por función o poder, y ubicación general

Sitio sagrado	Función o poder	Ubicación general
Humedal Chiguasuque	Lugar de pareja, de dualidad y la semilla	Localidad de Bosa
Cerro de Tensaqa (Monserrate)	Lugar de agradecimiento y salud de la familia	Centro de Bogotá.
Cerro de Tchiguatchia o Guafa (Guadalupe)	Lugar de fuerza femenina del territorio	Centro de Bogotá.
Laguna de Iguaque (Iquaque)	Lugar de origen muisca y familia	Departamento de Boyacá.
Laguna de Sietcha (Siecha)	Lugar de cuido de la familia y el linaje	Municipio de Guasca (Cundinamarca)

Nota: Tomado de Documento Memoria Conceptos propios desde los usos y costumbres de la medicina tradicional de la comunidad Muisca de Bosa, 2023.

Tabla 13. Tipo de acción de protección/defensa del territorio realizada

Acción para la protección y/o defensa del territorio	Frecuencia	Porcentaje
Acciones de cuidado del territorio a nivel ambiental	808	88,7
Acciones de gobierno	196	21,5
Acciones de seguridad y defensa	168	18,4
Cultural	2	0,2
Apropiación a territorio en Ubhabrhu	1	0,1
Documental	1	0,1
Educación - sitios sagrados	1	0,1
Espiritualidad	1	0,1
Gestión en las entidades para adecuación de alcantarillado	1	0,1
Servicio social	1	0,1
Siembra de placentas	1	0,1
Total	911	100,0

hechos, en la pregunta de la encuesta se presentaron las opciones de respuesta aquí referenciadas; pero en realidad, como ya se indicó, en la naturaleza del territorio Muisca y su defensa, todas estas variables se entretajan de manera sistemática y tienden a conformar una sola, de tal forma que la una no es comprensible sin las otras, pues por ejemplo, cuando se defiende el medioambiente, se está haciendo una defensa política del territorio y la autonomía de gobernarlo; lo mismo ocurre en sentido contrario.

Relación de lugares de unidades atención y residencia. Según los datos recolectados en la caracterización, se identificó que, en general, que el 44,3% (n=1.432) de los comuneros y comuneras consideran que tienen una unidad de atención primaria cerca del territorio. Esto facilita su acceso de manera efectiva y rápida a los servicios en salud. Pero también el 42,1% (n=1361) manifiesta que la unidad de atención primaria les queda lejos, y otro 6,9% (n=222) muy lejos a sus casas, lo que genera una barrera de acceso a la salud, por la dificultad en el desplazamiento y el recurso económico que se debe invertir para su acceso.

En cualquier caso es necesario tener en cuenta dos aspectos: el primero, que la Localidad de Bosa tiene una superficie de alrededor de 24 Km2, el se-

gundo, que el problema de la distancia y la localización son relativos, especialmente si se tiene una mirada diferencial sobre el asunto, pues la noción de cercanía o lejanía no es objetiva sino que varía con la particularidad de las circunstancias individuales: no es lo mismo llegar a la unidad de atención a los 20 años que a los 80; en automóvil que en silla de ruedas; en un día de descanso que después de larga jornada de trabajo, estando sano que enfermo, con hambre que después de haber tenido una comida nutritiva y suficiente. En fin, muchas circunstancias explicaban estas percepciones, pero es un hecho, es que, si se quieren lograr resultados significativos en atención primaria, es insoslayable llevar cada vez más cerca los servicios de la comunidad considerando sus particularidades.

En relación con los servicios de urgencias, 1432 personas (44,28%) afirmaron que el servicio de urgencias les queda cerca, 1361 (42,08%) lejos y 222 (6,86%) muy lejos. Se observa un porcentaje importante de comuneros y comuneras que les quedan lejos o muy lejos, lo que limita la capacidad de respuesta inmediata ante la urgencia, lo que puede comprometer la vida de las personas. Así, los efectos de la distancia relativa discutidos anteriormente se agudizan porque la vida está en juego y deben considerarse con un enfoque diferencial y territorial.

De las personas caracterizadas 349 (10,79%) no saben a dónde acudir en caso de emergencia en salud, sin embargo, según lo establecido en la Ley 100 de 1993: La atención inicial de urgencias debe ser obligatoria por las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independiente de la capacidad de pago, considerando lo anterior que un porcentaje de la comunidad no reconozca que hacer ante una emergencia y a donde acudir, y que por ello retrase su asistencia a urgencias ante la necesidad de hacerlo.

De los participantes de la muestra, el 87,9% (n=2.844) declararon haber vivido en los últimos 5 años en la localidad de Bosa en Bogotá, 208 en la localidad de Kennedy en Bogotá y 59 en el municipio de Soacha, las tres zonas colindan, lo que genera una concentración del 96,20% de las familias y una importante cohesión social. Esto además testifica que la que la Comunidad Indígena Muisca de Bosa ha permanecido primordialmente en su territorio originario a pesar de la invasión y el despojo. Sin embargo, se evidencia una alta dispersión de la comunidad, pues se ubica en 12 de las 20 localidades del distrito, y se registra además que el 2,8% de comuneros refiere vivir en municipios aledaños a Bogotá, ver Tabla 14

Las familias que se han desplazado han optado por quedarse cerca al territorio y esto refleja el fuerte arraigo dimanado de la herencia cultural, la conexión espiritual y el desarrollo de sus usos y costumbres, pero las que se han desplazado a lugares lejanos han roto su conexión espiritual y ancestral con el territorio. Las explicaciones de estos desplazamientos se describirán en la sección familiar del presente capítulo.

2.3.2. Sección Familiar

Manejo de residuos. De las 1002 familias caracterizadas, 859 (85,73%) refieren separar residuos en sus viviendas y 143 (14,27%) no separan; de es-

Tabla 14. Lugar de residencia en los últimos cinco años, Comunidad Muisca Bosa

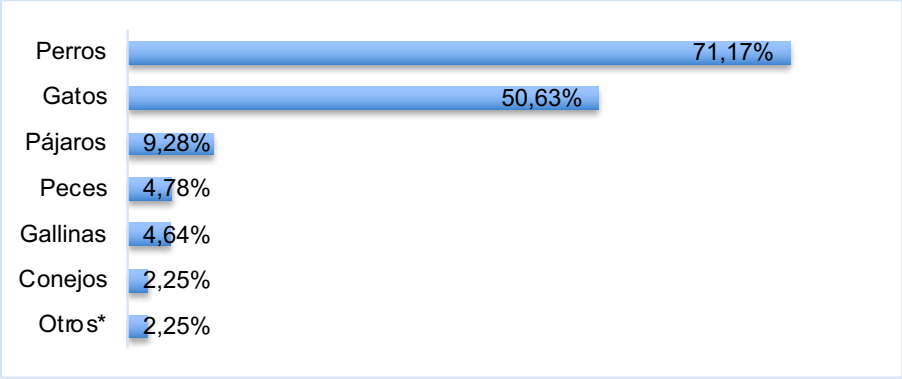
Depto	Municipio	Frec.	Porcen.
Cundinamarca	Facatativá	2	0,1
	La Calera	5	0,2
	Sibaté	7	0,2
	Funza	17	0,5
	Soacha	59	1,8
Bogotá D.C.	Antonio Nariño	4	0,1
	Tunjuelito	4	0,1
	Usme	4	0,1
	Chapinero	5	0,2
	Rafael Uribe Uribe	5	0,2
	Fontibón	7	0,2
	Engativá	7	0,2
	Ciudad Bolívar	11	0,3
	Suba	19	0,6
	Puente Aranda	26	0,8
	Kennedy	208	6,4
	Bosa	2.844	87,9
Total		3234	100

tas últimas 67 (46,85%) manifiestan que no lo hacen por falta de tiempo, 39 (27,27%) por no considerarlo importante y 28 (19,58%) por no saber realizarlo, una menor proporción refieren falta de espacio, de costumbre, normatividad y restricciones del lugar de residencia o recicladores en la zona

En la comunidad persiste una consciencia ambiental y una conexión con el territorio, lo que explica que, un porcentaje significativo de familias separen sus residuos, demostrando una apropiación por el cuidado, la protección del ambiente y de la Madre Tierra, tal y como está indicado desde la cosmovisión indígena.

Tenencia de animales y/o mascotas. De las familias caracterizadas, 711 (70,96%) conviven con animales, dentro de los que se destacan 506 familias con perros y 360 con gatos, con un promedio de 2,7 animales por familia.

Gráfico 27. Tipo de animal con el que conviven las familias



*Nota: Vacas, Hámster y / o Curís, Patos, Cabras, Tortugas

Al respecto, cuentan los mayores de la comunidad que en la antigüedad vivían en armonía con sus animales tradicionales, gallinas, ovejas, vacas, caballos, los cuales criaban para su posterior consumo, transformación en materias primas y sostenimiento; empero, como se menciona en el Plan de Vida (CIMB, 2020):

Derivado de las modificaciones arbitrarias del uso del suelo en territorio tradicional de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, los procesos de transformación de materia prima como el hilado de lana de chiva ha disminuido considerablemente, teniendo en cuenta que; la normativa urbanística prohíbe la tenencia de animales de granja en la zona y por esa razón solo se puede traer el material para la transformación de otra zona de la Sabana o adquirirlo en un proceso ya industrializado, situación que genera la pérdida de dicha tradición. (p. 34)

Los resultados explicitan la reducida tenencia de estos animales tradicionales, lo que sugiere afectaciones en las prácticas usos y costumbres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, alterando sus dinámicas alimentarias, económicas y culturales. Esto conlleva transformaciones en su salud y calidad de vida, pues desata necesidades artificiales, como comprar alimentos en almacenes de cadena y plazas de mercado, frecuentemente contaminados con químicos y que

obligan inversión de recursos económicos. De este modo, la colonización y la invasión del territorio ha significado el paso de animales con una alta importancia productiva y cultural, a mascotas que sostienen una connotación más social y psicológica, muy propia de las sociedades occidentales modernas.

De las 711 familias que refieren tener animales tan solo 36 (5,06%) desarrollan acciones de cuidado con ellos; de estas últimas, 33 (91,67%) las alimentan de manera diaria, 29 (80,56%) recojen sus excretas, 28 (77,78%) les asignan lugares adecuados para dormir, 27 (75%) les proporcionan baño y aseo de manera regular y 1 (2,78%) aseguró su vacunación y esterilización.

Estos datos manifiestan una nueva forma de relacionarse con los animales en el territorio, en la que el aumento de la tenencia de animales de compañía y domésticos contrasta con las limitadas e inadecuadas acciones de cuidado que se les brindan. Esto representa un factor de riesgo importante para la salud humana, pues podría provocar transmisión de enfermedades zoonóticas. Las circunstancias también indican un reducido reconocimiento de la importancia del bienestar y el cuidado animal.

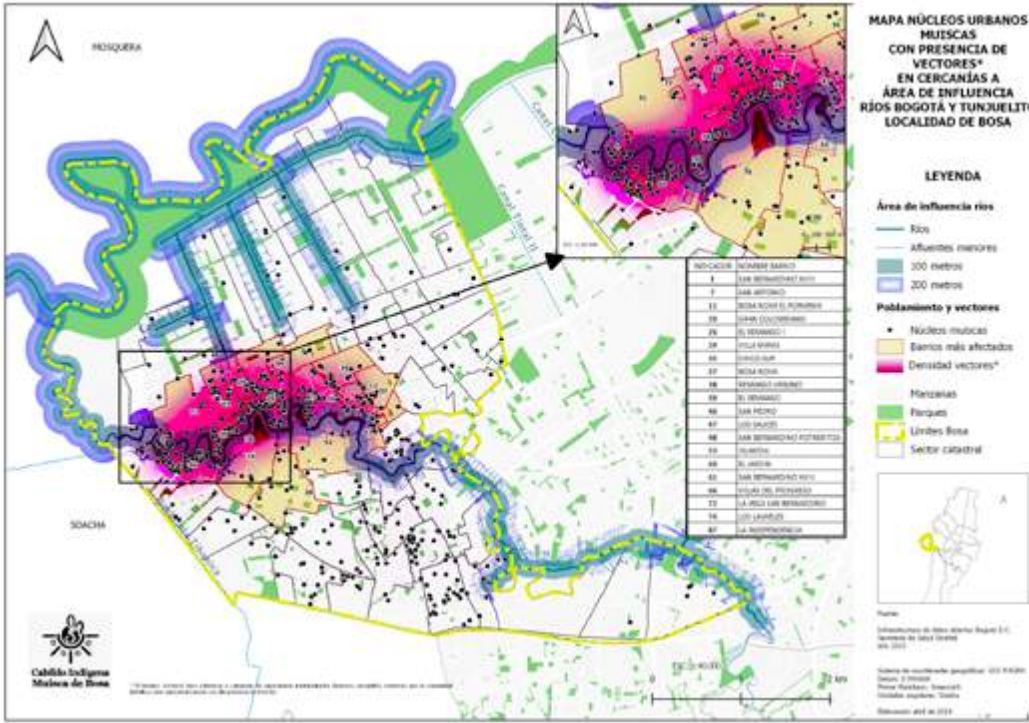
Plagas y vectores. Los datos recopilados señalan la presencia de plagas y/o vectores en 460 familias (45,91%), de las cuales, la mayoría (93,7%; n=431) refieren la presencia de roedores, (84.35% de mosquitos, 53,91% de insectos y 0,02% de cucarachas. Esta alta presencia parece estar relacionada con la contaminación del río Tunjuelito que ha provocado su proliferación y un gran sentido de malestar entre las familias. También influye en esto la mala disposición de basuras en las calles del territorio que generan una fuerte acumulación de residuos orgánicos.

Situadas en la porción inferior de la cuenca del río Tunjuelito, las familias muisca habitan el territorio a ambas márgenes del afluente que, a pocos kilómetros, vierte sus aguas en el río Bogotá. La alta densidad de núcleos familiares sobre las riberas del río hace parte de su histórico arraigo en inmediaciones a un espacio considerado, desde antaño, como un lugar donde se manifiesta lo sagrado, representado la perpetua regeneración de la ‘casa sagrada’ como lo han denominado siempre sus antiguos moradores. La cuenca hidrográfica del río Tunjuelito, subsidiaria del río Bogotá ha sufrido un intenso modelado tanto por la acción natural como por la antrópica, esta última de manera acelerada durante la historia reciente, pero, sobre todo, se remonta a no más de un siglo cuando la transformación de su paisaje conllevó a una drástica resignificación y remodelación de un curso que se incorporó, en buena medida, a la desbordada matriz urbana en la mayor parte de su recorrido a través de la amplitud de la sabana. Hoy, esta vertiente tributaria alberga una gran población, con una alta densidad tanto demográfica como de infraestructuras urbanas de variado tipo, desde viviendas hasta complejos industriales. Soportando una alta carga de vertimientos y residuos que ostensiblemente contaminan sus aguas. Estas mismas aguas bañan las riberas donde perviven las comunidades de ascendencia muisca asentadas históricamente en ambas orillas de los meandros, en lo que antes eran veredas San Bernardo y San José, en la actualidad intensamente urbanizados y fraccionados en diferentes territorios administra-

tivos como unidades de planeación locales y sectores catastrales.

La comunidad muisca se encuentra, sobre todo, en los sectores catastrales San Bernardino XVIII, El Remanso, El Jardín, y La Independencia que constituyen parte de las UPZ Bosa Central, Tintal Sur y Bosa Occidental, como se puede apreciar en el mapa, donde se realza, en color naranja, los sectores catastrales donde está emplazada con mayor número las familias muiscas y donde a su vez se registra la abundancia de otras especies que proliferan en cercanías al río Tunjuelito: insectos, mosquitos y roedores. Las concentraciones de estos tres grupos de vectores y/o reservorios se pueden observar a manera de intensidad cromática que va del gradiente rojo (mosquitos) y violáceo (roedores) especialmente en los sectores El Remanso I y Remanso Urbano, El Jardín, San Bernardino XVIII, San Bernardino Potreritos y La Independencia, hasta la gama cian y púrpura que denota una distribución más amplia y aleatoria del grupo de vectores definido como insectos en el territorio de la localidad de Bosa.

Mapa 8. Núcleos urbanos Muisca con presencia de vectores cercanía a áreas de influencia de ríos Bogotá y Tunjuelito, localidad de Bosa



La presencia de roedores, fenómeno de amplia distribución en las urbes, tiene también conexión en el lugar, con el curso de agua, donde no sólo hay presencia de contaminantes disueltos sino también de residuos y desperdicios tanto orgánicos como inorgánicos que el río transporta constantemente. Los roedores se desplazan por la superficie y a lo largo de las redes de acueducto y alcantarillado que, en muchos casos, van a desembocar en los ríos directamente. Como se puede ver en el mapa, el patrón de concentración de roedores es muy similar al de mosquitos, distribuido en áreas contiguas al cauce del río y que irradian en diferentes direcciones hacia otros hogares más distantes. El mal manejo de los residuos sólidos favorece la diseminación de roedores.

Las especies anteriores representan un peligro latente para las comunidades muisca ribereñas dado que son vectores que pueden desencadenar serias enfermedades e incluso sindemia durante eventos climáticos extremos, como el posible arribo por incremento de temperatura anómalo en temporada seca de *Anopheles aegyptii* y *A. albopictus*, (que cada vez más alcanzan cotas altitudinales cada vez mayores) en conjunción con graves brotes de leptospirosis que podría ocurrir debido a imprevistas inundaciones.

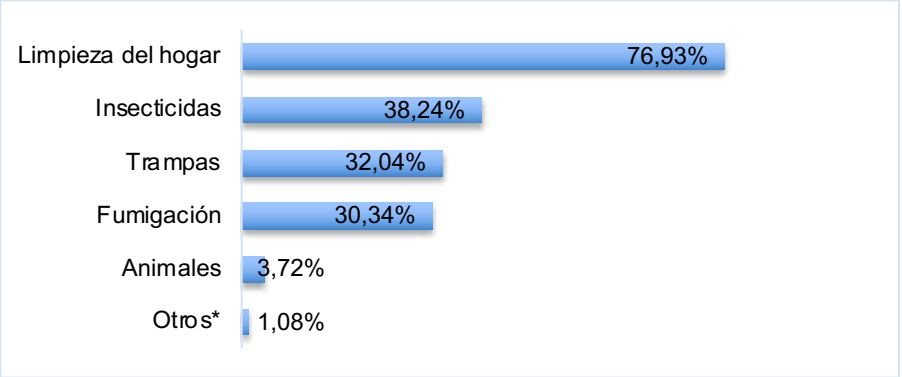
En lo que respecta a los mosquitos, especies también pertenecientes a la amplia familia de insectos, las familias muisca que más reportan su presencia viven en áreas aledañas al río Tunjuelito, como lo demuestra el mapa, que incorpora zonas de influencia del curso hídrico a distancias de 100 y 200 metros lineales desde la orilla, pero que, incluso, los mosquitos rebasan hasta un ámbito de acción de hasta 600 metros lineales. Este patrón puede deberse, en primer lugar, a la morfología de los bordes y lecho del río en dicho tramo, donde las aguas en su fluir a través de los meandros, pierden aceleración y además la pendiente es

menos abrupta por lo que el agua tiende a estancarse, en particular durante la estación seca cuando se forman charcos que se convierten en nichos idóneos para la reproducción de diferentes especies de mosquitos. En segundo lugar, la acentuada contaminación del afluente puede ocasionar que las larvas de los mosquitos no tengan depredador alguno puesto que el río contiene poca variedad de fauna que pueda contener la gran explosión de mosquitos en determinadas temporadas. Estas especies de mosquitos entonces se procrean en aguas del río y se desplazan hacia otros lugares aledaños donde puedan depositar, de manera favorable, sus larvas que eclosionan en puntos más distantes al cauce.

Para el caso del grupo de insectos, la incidencia de su presencia está relacionada con la variabilidad climática y la escasa diversidad de otras especies, lo que ocasiona desequilibrios en el número de individuos cuando ha habido pérdida ecosistémica de especies depredadoras. La contaminación también influye en su proliferación como es el caso de las cucarachas, hormigas, moscas y otros especímenes que se convierten en plagas. La distribución reportada de este amplio conjunto abarca de manera más extendida el territorio, no obstante, también tiene foco en los alrededores del río puesto que se conforma como nicho perfecto para su reproducción.

Del otro lado, las formas de habitar las zonas próximas a la cuenca, con dinámicas de inadecuadas

Gráfico 28. Acciones para el control de plagas o vectores



*Nota: Veneno, Desahumero, Sellaron, Cosas naturales, Caza.

cuada disposición de residuos en los bordes junto a los jarillones y falta de ronda arbórea para la protección del afluente que podría representar una barrera natural, son también causas importantes para la diseminación. El parque San José de Maryland y muchas de las viviendas se encuentran a tan sólo pocos metros de la ribera del río.

En respuesta a esta proliferación de plagas y vectores producida por las transformaciones y el descuido al territorio, 646 (64,47%) familias poseen mecanismos para el control de plagas. De estas, la mayoría (76,93%) se limitan a limpiar el hogar, y otras optan por el uso de insecticidas (38,24%) o de trampas (32,04%).

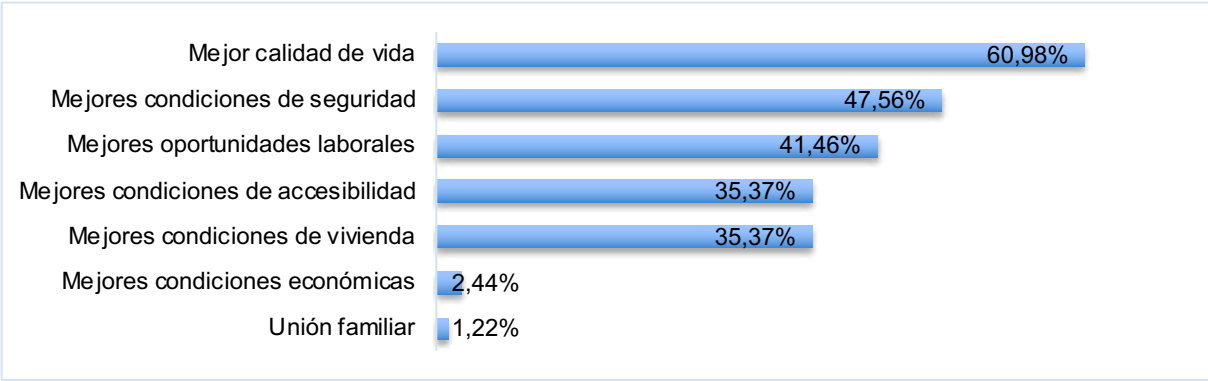
Cambios y/o pérdida del territorio. De las familias caracterizadas, 92 (9,18%) han tenido que desplazarse del territorio. Dentro de los principales factores desencadenantes de la situación, más allá de los motivos personales, se encuentran: la inseguridad (24 casos; 26,09%), la expansión

urbana (15 casos; 16,3%) y trabajo (6 casos; 6,52%), sumando casi un 60% de desplazamientos.

Esta situación podría haberse evitado con el debido accionar y acompañamiento del Estado, en cumplimiento de sus fines constitucionales vinculados con la seguridad multidimensional, el crecimiento planificado y democrático y la generación de oportunidades equitativas para el acceso al trabajo y la generación de ingresos. Más que una cifra, cada uno de estos casos esconde una trágica historia de desarraigo, ruptura cultural y espiritual y en algunos casos el desmembramiento de familias.

Al indagar entre las 92 familias que viven fuera del territorio sobre los resultados de su cambio

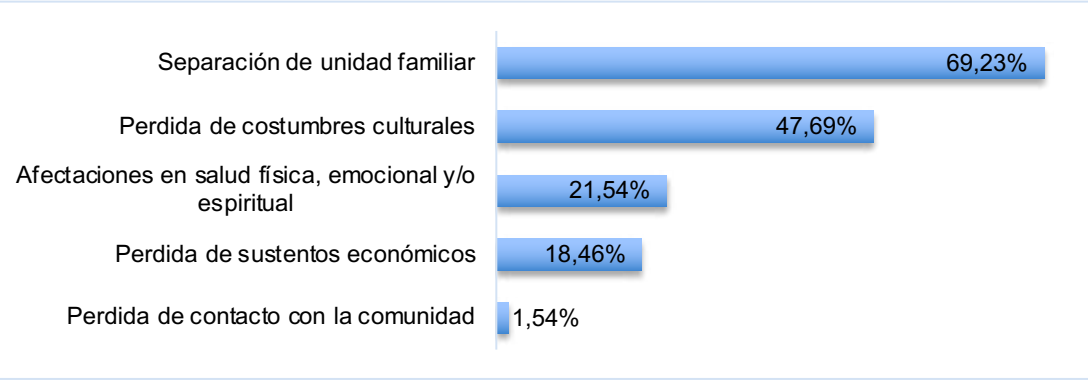
Gráfico 30. Aspectos positivos del desplazamiento del territorio



de lugar de vivienda, 82 refieren resultados positivos; 50 de ellas mejor calidad de vida, 39 mejores condiciones de seguridad y 29 mejores condiciones de vivienda y de accesibilidad. Lo que permite reconocer que si el territorio estuviese dotado de estas condiciones (acceso a transportes 24 horas, vías en buen estado u oferta social), el desplazamiento en búsqueda de mejores condiciones de vida no se impulsaría.

65 familias que viven fuera del territorio muestran resultados negativos: 45 la separación de la familia, 31 la pérdida de costumbres culturales y 14 la afectación en salud física, emocional y/o espiritual. Se observa que estas se refieren a efectos culturales y espirituales que, además de demostrar la importancia que tienen para la vida

Gráfico 31. Aspectos negativos del cambio del territorio



Muisca en Bosa, señalan aspectos muy graves para el desarrollo de una vida plena de cualquier persona o familia (inclusive occidental).

De estas 92 familias, 56 (60,87%) consideran regresar al territorio; un porcentaje significativo que habla de la importancia y arraigo que hay en la comunidad hacia él, así como del valor que dan a la proximidad a sus núcleos familiares y su fuerte vínculo con la práctica de los usos y costumbres de la comunidad.

De las familias 655 (65,37%) consideran la pérdida del territorio como un factor desencadenante que afecta los usos y costumbres propios. Para comprender este sentimiento de pérdida, es necesario considerar que la mayoría de las familias caracterizadas de la comunidad se ha mantenido históricamente en el territorio originario de Bosa, luchando por la pervivencia de la cultura, por lo que cada afectación territorial produce un enorme efecto en su vida material y espiritual.

De las familias caracterizadas 518 (51,70%) se han sentido afectadas por la contaminación de los ríos aledaños al territorio, manifestando principalmente 353 de ellas (68,15%) afectaciones ambientales y 335 (64,67%) afecciones en salud. Estos resultados enuncian el gran impacto que ha tenido la contaminación del Río Tunjuelito y Bogotá en su diario vivir, que incluyen el cambio en prácticas culturales como la agricultura por la contaminación del suelo, incidiendo en la disposición de alimentos naturales y tradicionales, lo cual a su vez desencadena enfermedades y altera

el modo de sustento económico de las familias, pues como se manifiesta en el Plan de Vida de la comunidad:

Durante muchos años la actividad económica de la comunidad muisca de Bosa se basaba en la agricultura, el ordeño, la pesca de guapuchas, pez capitán y cangrejos, sacar panta para hacer los camellones, cortar leña, entre otras actividades de las que dependían las familias; sin embargo, estas actividades fueron cambiando por la contaminación del río Tunjuelito, pues ya no se podía pescar, muchos vallados fueron secados porque las aguas no eran aptas para el riego, se comenzaron a cortar grandes cantidades de árboles para dar paso a las urbanizaciones.(CIMB, 2020, p. 39)

En este orden, es palpable que las dinámicas de crecimiento de la ciudad afectaron ampliamente el territorio originario de la Comunidad Muisca de Bosa, sus ríos de vida, su purificación, su tierra de siembra y su fuego de resistencia, transformando los usos y costumbres, la cultura, la salud y la calidad de vida de las familias desencadenando desarmonías y desequilibrios, físicos, mentales y espirituales.

Pero en realidad, la intensidad de las afectaciones actuales tiene una explicación histórica: desde los primeros tiempos del poblamiento del territorio ancestral Muisca, durante el periodo Herrera hacia el año 400 a.d.e., los ríos Bogotá y Tunjuelito han jugado un lugar esencial en la conformación y desarrollo de la sociedad. Durante aquella época, en sus valles se crearon los primeros asentamientos, en los que el agua era el eje estructurante y mediante camellones de hasta 11 metros de profundidad que “además de manejar del agua de las tierras anegadizas propias del altiplano, sirvieran para controlar heladas,

Tabla 15. Afectaciones sufridas a nivel familiar por la contaminación del río Tunjuelito y Bogotá

Tipo de afectaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ambientales: presencia de plagas, vectores y por olores.	353	68,1
Salud: afectación a nivel respiratorio, en piel, gastrointestinales, entre otros	335	64,7
Territorio: pérdida de prácticas propias, como riegos a cosechas, uso de agua para alimentación de animales, uso de agua para actividades de limpieza en la vivienda entre otras.	157	30,3
Económico: pérdida de las prácticas de sustentabilidad agricultura, ganadería, pesca, avicultura, entre otras.	103	19,9
Culturales: afectación en prácticas culturales, rituales, armonizaciones, pérdida de los usos y costumbres.	93	18,0
Gobierno: la autonomía del río como guardianes del territorio.	55	10,6
A la comunidad a nosotros no	1	0,2
Total	518	100,0

cultivar peces, mantener poblaciones de moluscos y para el cultivo del maíz, usado por estas sociedades desde el 1550 a.C.” (Gómez, 2023, p. 97). Ya se señaló que los Muisca son seres de agua: “Nuestros ancestros atribuían el origen de la especie humana a las lagunas, de donde ellos veían emerger las ranas que se escabullían saltando entre los juncos. La ciencia vino a confirmar después su observación intuitiva y alucinada: la vida se gestó en el agua” (Los hijos de las ranas, Banco de la República, citado por CIMB, 2023b, p. 108).

Conclusiones. El territorio Muisca de Bosa responde a un sistema energético conformado desde el origen de los tiempos y que integra un sinnúmero de sitios sagrados de alta importancia para la vida espiritual, la salud y la armonía individual y colectiva. La institucionalidad dispone de la ubicación de los principales sitios de atención en salud occidental (urgencias y atención primaria) de una forma que, en oportunidades, resultan relativamente cercanos para algunas personas y familias y otras relativamente lejanos, con lo que aumentan las barreras de acceso y los gastos de bolsillo en salud.

En general, las familias tienen adecuadas (aunque insuficientes) prácticas de separación de residuos (85,73% refieren separar de residuos en sus viviendas) en el territorio; la mayoría

conviven con animales domésticos (29,04%) característicos de la sociedad urbana bogotana como perros y gatos que fueron introducidos junto con las dinámicas de invasión territorial y que en la actualidad no son objeto de la totalidad de cuidados que requieren. Es palpable una alta presencia de plagas y roedores procedente de la contaminación del río Tunjuelito y la mala disposición de basuras en la localidad, las cuales suponen un importante riesgo en salud. La pérdida material del territorio y la contaminación del río Tunjuelito son los factores que más han impactado la vida Muisca en Bosa y con mayores efectos ambientales, culturales, espirituales, económicos y en salud.

Aunque corresponden a una cifra minoritaria (9,18%), existen familias que han tenido que desplazarse del territorio por razones ajenas a su voluntad y que, en general podrían haberse evitado si existieran un mayor respeto sobre el territorio indígena y un acompañamiento más decidido y culturalmente sensible por parte de las diferentes administraciones distritales. Por tanto, los aspectos que las familias desplazadas del territorio consideran positivos y los negativos podrían haber materializado o evitado respectivamente, con su permanencia en el territorio si existen las condiciones materiales para desarrollar una vida digna y segura.

2.4. Espiritualidad y pensamiento propio

La categoría pretende identificar la comprensión de la espiritualidad/ritualidad, así como las experiencias de religiosidad, que aportan al estado de bienestar y salud de los individuos y las familias, además de participar en el alivio o contribución en el paso hacia la armonía de la comunidad; para ello se crearon cuatro (4) grupos de variables. Por su relevancia se destacan las variables asociadas a Religiosidad, desarmonías y desequilibrios emocionales, espirituales y mentales en su sección individual y Medicina ancestral, Saberes ancestrales-plantas medicinales y Fallecimiento y mortuoria en su sección familiar.

En consonancia con la historia de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, su espiritualidad y pensamiento propio son el resultado de la interacción entre la ancestralidad y lo externo, pues la identidad de un pueblo no es estática ni homogénea en tiempo y espacio. Al contrario, los Muisca de Bosa han logrado desarrollar complejos mecanismos de plasticidad cultural y religiosa que les han permitido mantener sus creencias fundamentales en un contexto de cambio marcado por la evangelización y la imposición del pensamiento occidental moderno. Esto es lo que les ha permitido subsistir ante el sometimiento y reconfigurar modos de pensar, sentir y actuar acordes a los tiempos actuales en la ciudad, al tiempo que luchan por el renacer de sus principios espirituales indígenas.

Lo que declara el Plan de Vida de la comunidad Muisca de Bosa sobre esta categoría es iluminador de este asunto, pues allí se indica que “se encuentra un sincretismo muy marcado en los “maiores” entorno a las prácticas de medicina tradicional y las creencias judeocristianas que se mimetizaron en la población que habita el territorio tradicional” (CIMB, 2020, p. 56). El Plan de Vida también afirma que:

En el proceso de formación de prácticas asociadas a la espiritualidad, existen caminos que se entrelazan en la atención a la comunidad, los

cuales se han dado de manera autónoma en compañía de “sabedores” pertenecientes a otras comunidades indígenas, con el propósito de entender los legados ancestrales y lazos de hermandad entorno a temas mítico-religiosos asociados por territorialidad (p. 57).

Para poder describir las implicaciones de estos hechos en la salud de comuneros y comuneras, se definieron, en la presente categoría, 4 agrupaciones entre variables también distribuidas en las secciones individual y familiar. Los resultados son los siguientes:

2.4.1. Sección Individual

Religiosidad, desarmonías y desequilibrios emocionales, espirituales y mentales. De las personas caracterizadas, 2799 que corresponden al 86,55% son católicas, seguidas de 239 (7,39%) que no profesan ninguna religión y 189 (5,84%) que manifiestan ser cristianas. Se identifica entonces una predominancia de la religión católica en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, la cual fue traída desde la conquista española, tal y como se manifiesta es el análisis de condiciones, salud y enfermedad en el año 2023 en donde se resalta que:

Desde la llegada de los primeros conquistadores al altiplano cundiboyacense, periodo durante el cual la primera incursión de los misioneros franciscanos, dominicos y agustinos tenían el propósito de evangelizar en la fe católica a los pueblos conquistados por el Imperio de España. (CIMB, 2020b, p. 29)

Respecto a las desarmonías espirituales y de pensamiento, 343 personas de la muestra (10,6%) manifiestan haber tenido síntomas de sensación de tristeza, 340 (10,5%) de preocupación extrema, 281 (8,69%) de llanto, 262 (8,1%) de aislamiento y 250 (7,73%) de alteración del sueño. Esto pone de

Tabla 16. Presencia de síntomas de desarmonías espirituales y de pensamiento (salud mental) a nivel individual

Síntomas presentados	Frecuencia	Porcentaje
Sensación de tristeza	343	10,6
Preocupación extrema	340	10,5
Llanto	281	8,7
Aislamiento	262	8,1
Alteración del sueño	250	7,7
Sensación de miedo	182	5,6
Mutismo	105	3,2
Alteración del estado de conciencia	87	2,7
Alteración del comportamiento habitual	87	2,7
Otros	5	0,1
Total	3234	100,0

*Nota: Ansiedad (sensación de desespero, temblor), Hace mala cara, pelea discute, Oración, Persecución expulsión por parte de la comunidad

manifiesto que en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa se presentan diferentes desarmonías que afectan la salud mental, moral y espiritual de los comuneros a nivel individual y colectivo. Estas desarmonías desencadenan afectaciones en las relaciones personales, familiares y comunitarias, acompañadas desde la medicina ancestral/tradicional y la partería para armonizar el ser, alma y espíritu de las personas y lograr la plenitud de bienestar en su salud y el desarrollo de una vida armónica, satisfactoria y libre de sufrimientos.

2655 participantes de la encuesta (82,10%) consideran que la música, el canto, la danza, el tejido hacen parte de la medicina ancestral, cifra que indica que, desde la tradición, los usos y las costumbres, se reconoce el valor de elementos culturales como la danza, la música y el tejido, pues son importantes y necesarios para la sanación, por su fuerte conexión espiritual con la Madre y los ancestros. A través de estas expresiones las personas pueden descargar por medio el pensamiento su sentir negativo, transformándolo en positivo para sanar y armonizar cuerpo, alma y espíritu.

Por su parte, 2471 personas (76,41%) no han usado medicinas ancestrales (ozca, ambir, ambira, hayo,

tabaco), lo cual refleja una baja recepción por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a su uso; sin embargo, cabe resaltar que hay una parte de la comunidad que sí refiere su uso, siendo esto muestra de su importancia para la armonización integral del ser indígena. Por otro, es importante resaltar las acciones realizadas desde el cabildo para fortalecer su uso en rituales, armonizaciones, trasnochos, círculos de palabras, asambleas, festivales y otros espacios, dado su poder de sanación, armonización y curación a nivel físico, mental, emocional y espiritual y reconocido como medicinas ancestrales y tradicionales que, desde la cultura, fortalecen los usos y costumbres de la comunidad.

Sobre este mismo aspecto, los datos indican que 2104 (65,06%) personas refieren que podrían usar alguna medicina ancestral, señalando un interés significativo por parte de la comunidad por conocer, acercarse y utilizar alguna de las medicinas ancestrales, reconociendo su importancia en la cultura, los usos y las costumbres y la salud física y espiritual, en contraste 594 (18,37%) no muestran interés por su uso y 536 (16,57%) se encuentran indecisos sobre el tema.

Tabla 17. Razones por las que no usaría medicina ancestral

Razones de no uso de medicina ancestral	Frecuencia	Porcentaje
No sabe cómo usarlas	339	30,0
No cree en las medicinas	164	14,5
Le han dado malas experiencias frente a la medicina	63	5,6
Otros*	28	0,4
Total	1130	100,0
Total	911	100,0

*Nota: Miedo, Creencias religiosas, Es muy pequeño (niños), Por situaciones de salud, No es nuestra cultura, Respeto, Desconocimiento, Diferencia de creencias, He visto casos, Me molesta la nariz entonces prefiero no usarla, No es de mi interés, No las requiere, No le gustan, No se siente cómodo con esas medicinas, Se pueden implementar otra clase de medicina, Tiempo

De los 1130 comuneros y comuneras que manifestaron no haber hecho uso de la medicina ancestral o no saber si la usaron, informan como principales

causas el no saber cómo usarlas (339 personas; 30%), no creer en las medicinas (164; 14,51%), haber conocido malas experiencias frente al uso de la medicina (63; 5,58%) y miedo (5: 0,44%). Es importante resaltar que estas causas inciden en el acercamiento al uso de las medicinas ancestrales y en gran medida se deben a la desinformación y el desconocimiento de la medicina ancestral, lo cual puede estar relacionado con un insuficiente fomento de la participación de la comunidad en rituales, armonizaciones, círculos de palabras, trasnochos, entre otros que visibilizan y permiten la comprobación de sus beneficios físicos, mentales y espirituales, así como su composición, forma de preparación y uso, con el fin de promover su uso.

2.4.2. Sección Familiar

Medicina ancestral. La Comunidad Indígena Muisca de Bosa tiene desde su origen un fuerte arraigo con la medicina ancestral/tradicional desde la espiritualidad, por lo que es inevitable tener que dirigirse a la historia y reconocerla para entenderla. Obsérvese la siguiente explicación del mito fundacional:

El mito de la Madre abuela Vagué y el mito de Madre Bachué, relaciona la historia de la medicina tradicional, la medicina del pueblo Muisca. Nuestro Chiminigagua y la Madre abuela Bagué representan la creación del universo, la Madre Bachué llega al territorio muisca a parir el pueblo y es a través de Bochica, el maestro de enseñanzas para los muiscas, quien trae el conocimiento de los saberes ancestrales a la comunidad. Desde el conocimiento de la medicina propia, se enseña a la comunidad el cuidado del ser, el pensamiento, el espíritu, la palabra, el cuerpo, la energía y el territorio, entendiendo que cuidando la vida desde la Ley de origen se mantiene el equilibrio entre el mundo espiritual y físico. (CIMB, 2023, p. 6)

715 (71,6%) conocen la medicina ancestral; un reconocimiento significativo por parte de las familias caracterizadas relacionado con entender en nuestra cultura la medicina ancestral como pilar central de la armonía en el territorio sagrado, cuerpo, alma y espíritu y la prevención de desarmonías y desequilibrios físicos, mentales, emocionales y espirituales.

De las familias caracterizadas, 438 (43.7%) tienen integrantes que han sido atendidos por medicina ancestral, el 56,3% restante no, lo que muestra una diferencia mínima, aunque menor para quienes no los han tenido. Al aplicar las encuestas, 172 familias (17,17%) tenían al menos a uno de sus miembros en tratamiento por medicina ancestral, aunque también puede hablar del estado de salud de las familias, por lo que no sería prudente realizar inferencias al respecto.

Pero lo que sí es posible afirmar, es que en la actualidad tienen lugar múltiples acciones de fortalecimiento y sensibilización en la comunidad que buscan fomentar la participación en acciones de medicina ancestral y que incluyen las atenciones por parte de médicos y parteras en la casa sagrada Qusmuy y en la casa de medicina con base en los conocimientos y prácticas ancestrales y el uso de plantas sagradas y medicinales para la sanación de cuerpo, alma y espíritu cuando se alcanza la armonización. Todo esto tiene como propósito promover y dar a conocer mediante acciones concretas la existencia y beneficios de la medicina ancestral Muisca.

Saber ancestral-Plantas medicinales. De esta materia, los datos procesados informan que el 57,2% (n=573) comuneros refieren tener un saber ancestral que pervive y se conserva al interior del núcleo familiar, hecho que refleja la importancia en las familias de la transmisión de saberes que permite que los usos y costumbres pervivan en el tiempo, entre las que cabe mencionar el uso de plantas medicinales y aromáticas, alimento propio, medicina y reuniones familiares. Estas cifras contrastan con una proporción significativa de

familias (42,9%) que reportan no conservar este tipo de saberes.

En complemento con lo anterior, el uso de plantas medicinales es el saber ancestral que se mantiene con mayor frecuencia en las familias, (n=900), lo que expresa la fuerza de uno de los bastiones medicinales y culturales de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Se trata de una tradición milenaria que ha permitido la recuperación de la salud y el salvamiento de la vida de miles y miles de comuneros y comuneras a lo largo de la historia, aún en sus momentos más oscuros.

Tabla 18. Finalidad de la realización de limpiezas, sahumerios u otras prácticas ancestrales en su casa

Finalidad	Frecuencia	Porcentaje
Limpiar El Negativo	502	71,7
Recoger El Positivo	365	52,1
Protección	327	46,7
Enfermedades	308	44,0
Suerte	228	32,6
Olores	146	20,9
Otros*	10	0,3
Total	700	100,0%

*Nota: Armonización, Covid-19, Eliminación De Zancudos, Tradición, Actos Religiosos, Baños Después De Atender Terapias

De las familias caracterizadas 700 (69,86%) han realizado limpiezas, sahumerios y prácticas similares; 502 con el ánimo de limpiar el negativo y 365 de recoger el positivo, 327 para la protección familiar. La variable resalta la apropiación de la comunidad de las prácticas rituales de la armonización en sus casas, manifiesta en el mantenimiento y uso de estas prácticas para fortalecer y proteger el hogar desde la espiritualidad y la tradición desde los usos y costumbres de los abuelos de generación. La confianza en las limpiezas y sahumerios explica que son milenarias y han demostrado su efectividad con el tiempo, posicionándose como mecanismo para prevenir enfermedades y desarmonías físicas y espirituales en los niveles individual, familiar y comunitario.

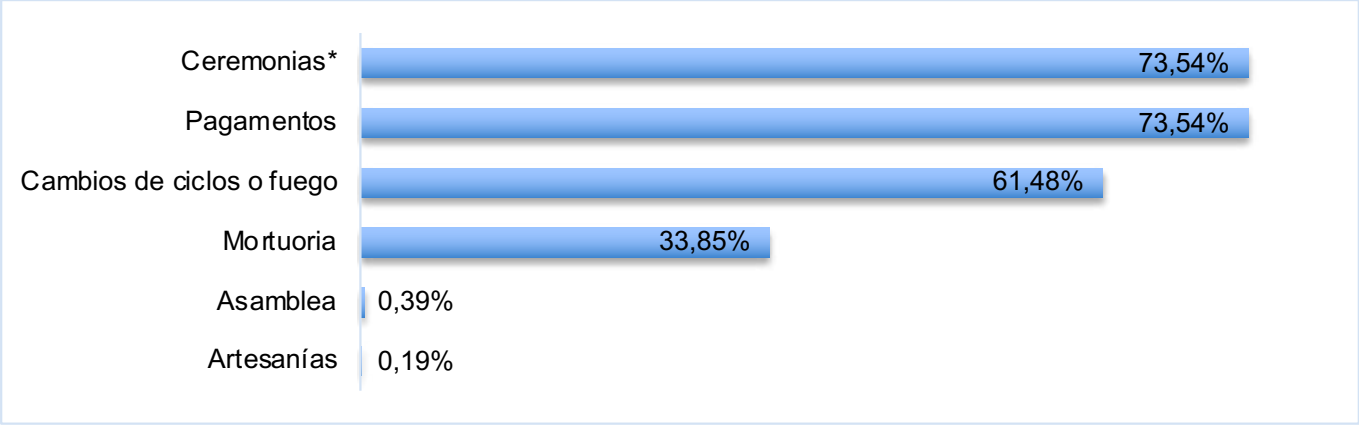
De las familias caracterizadas 386 (38,52%) cultivan plantas medicinales y/o alimenticias. Dado que las plantas medicinales constituyen la base de la medicina ancestral, y que con su energía sanadora se sanan, curan y purifican las desarmonías y desequilibrios es crítico que en la actualidad menos de la mitad de las familias caracterizadas, no las cultiven. Al respecto la comunidad ha sido insistente en afirmar que, el cambio del suelo de rural a semiurbano, la contaminación del río Tunjuelito y la urbanización masiva han tenido un impacto directo en las prácticas de agricultura y los usos y costumbres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa cuyo efecto se evidencia en las cifras descritas.

514 (51,30%) de las familias caracterizadas conocen las prácticas de ritualidades ancestrales desde los usos y costumbres de la comunidad; de estas, 378 reconocen pagos y ceremonias y 316 los cambios de fuego (como se observa en la siguiente gráfica); también es frecuente conocer la mortuoria. La importancia de este dato radica en que se trata de pilares fundamentales de la pervivencia de la cultura por su relacionamiento con el calendario ancestral, los 4 elementales (fuego, agua, tierra y aire) y la *Hystcha Guaia*.

Para el fortalecimiento y recuperación de estas prácticas, el Cabildo Indígena Muisca de Bosa ha adelantado valiosas acciones; una de las más significativas es el convenio que ejecuta la presente caracterización, pues en otra de sus espirales, desarrolla un componente que busca fortalecer las prácticas rituales a partir de visitas a sitios sagrados y pagos de la comunidad recogiendo la memoria, los saberes propios y el calendario ancestral, y otro que busca promover acciones de visibilización de la identidad cultural y espiritual, desde la tradición simbólica de la comunidad, a través de ceremonias, rituales y armonizaciones.

Fallecimiento y mortuoria. La principal causa de muerte de los miembros de las familias encuestadas son las enfermedades cardiovasculares (n=306; 30,54%), seguida de cáncer (n=266;

Gráfico 32. Prácticas de ritualidades ancestrales desde los usos y costumbres de la comunidad Muisca de Bosa conocidas a nivel familiar



Nota: *círculos de palabra e intercambios de saberes

26,55%), causas naturales (n=252; 25,15%) y enfermedades respiratorias (EPOC-asma) con 161 casos correspondientes a 16,07%.

Tabla 19. Enfermedades por las que han fallecido los miembros del núcleo familiar

Nombre enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	306	30,5
Enfermedades oncológicas (cáncer)	266	26,5
Causa natural	252	25,1
Enfermedades respiratorias (EPOC y asma)	161	16,1
Fallecimiento por causa externa	56	5,6
Enfermedades renales	49	4,9
Enfermedades propias	30	3,0
COVID 19	22	2,2
Enfermedad autoinmune	3	0,3
Enfermedades neurológicas	2	0,2
Enfermedades digestivas crónicas	1	0,1
Enfermedades infecciosas	1	0,1
Total	1002	100,0

Sobre esto, cuentan los abuelos de la Comunidad Muisca de Bosa que sus padres antes vivían muchos años y que sus vidas eran sanas y productivas porque su alimentación era natural, extraída y sembrada de una tierra sana y propia, cultivada desde el amor, el cuidado y el sudor. Con el tiempo se transgredieron estas prácticas por las diná-

micas ciudadinas invasoras, la contaminación del Río Tunjuelito y la prohibición de la tenencia de animales de granja que transformaron estas prácticas naturales en artificiales, cambiando la alimentación y enfermando la tierra, lo que fue imponiendo patrones malsanos que produjeron enfermedades a la comunidad, sus clanes y miembros.

Hoy en día, esto se refleja en una palpable cantidad de muertes por enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias, generando un estado de profunda alerta sobre la atención oportuna y la prevención de estas enfermedades desde la medicina ancestral/tradicional y la partería, la alimentación y las prácticas culturales propias.

Los rituales al momento de fallecer más utilizados por las familias de la comunidad son los rituales religiosos 835 (83,33%) y la mortuoria 35 (3,49%). Sobre esto, hay que recordar que la mortuoria data del origen del pueblo Muisca y está consignado en la Ley de Origen. Sobre ello, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa ha discutido ampliamente; por ejemplo, el Plan de Vida afirma que:

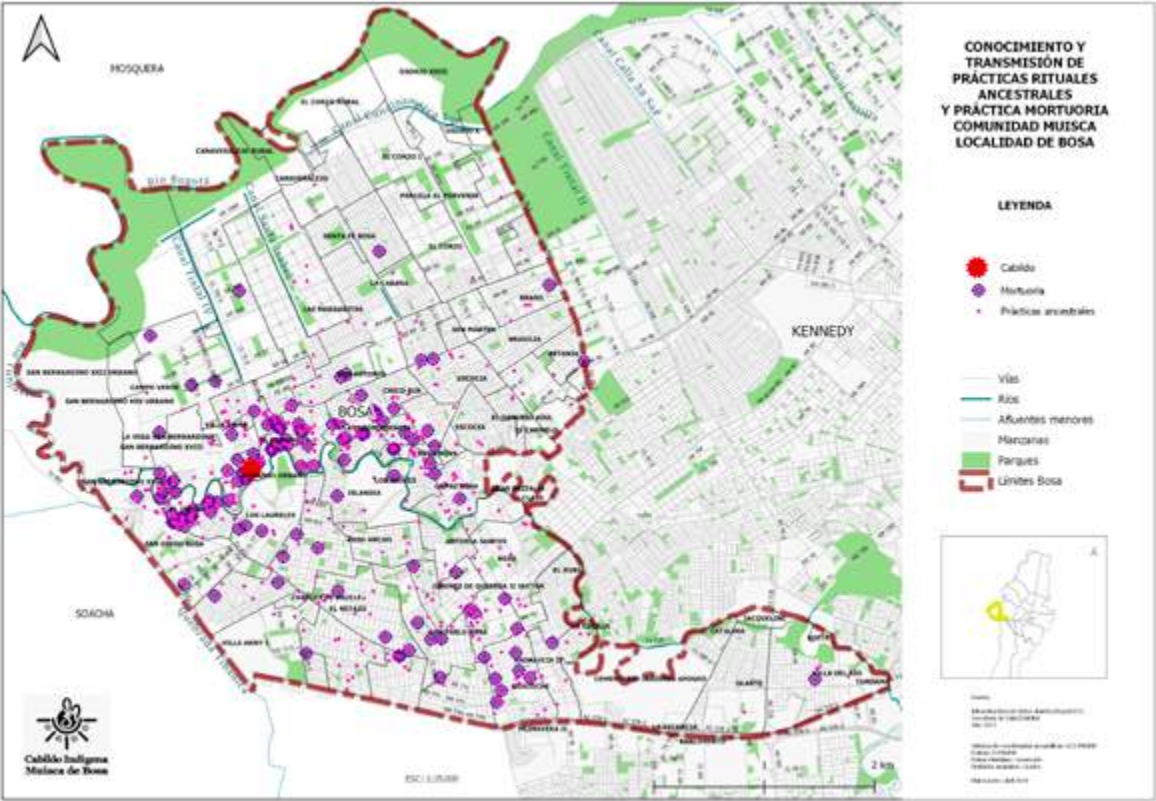
Al hacer una introspección sobre las creencias y prácticas tradicionales, es recurrente encontrar la concepción simbólica sobre el respeto a los muertos, donde se identifica que las familias conmemoran y tienen presente a los ancestros. Motivo por el cual es pertinente resaltar la unanimi-

dad espiritual en torno a esta percepción de la muerte y a los ritos funerarios que esto conlleva. (CIMB, 2020, p.43)

Hay que reconocer que la mortuoria se desarrolla en el contexto del sincretismo religioso y espiritual que ya se señaló, a partir de los resultados, un fuerte arraigo en las familias por los rituales religiosos al momento del descanso de un ser querido y en ellos se aprecia la persistencia de las prácticas funerarias propias. El documento de conceptos propios de la comunidad Muisca (CIMB, 2023b), citando los resultados de un círculo de la palabra, relata sobre este aspecto que:

Mortuoria digamos que siempre se hace cuando alguien muere. Cuando alguien muere es (...) hacer ese proceso de duelo, es poder llegar a ese dolor profundo que hay y poderlo entregar espiritualmente para que yo no me enferme físicamente (...). Es como que yo puedo ir a esa memoria del dolor, de la tristeza, de lo más profundo, y poderlo entregar por medio del pensamiento (...). El isaquechi es eso, como entregar desde ese sentir. Cuando hacemos también el proceso de placenta, prácticamente el bebé nace y la placenta muere, entonces también hace ese proceso de mortuoria en poder agradecerle. No porque no es que nos entristece ver morir la placenta, no; es una alegría y un agradecimiento por haber dado vida

Mapa 9. Familias muiscas practicas ritualidades ancestrales desde usos y costumbres. Familias rituales de mortuoria localidad Bosa



y alimento (...). No es individual; es de comunidad, de familia, de pareja (...). Nosotros hacemos una ceremonia de placenta de mortuoria, pero de agradecimiento por la vida, entonces se hace ese canto en placenta y prácticamente lo que hacemos es sembrar esa placenta para medicina. Yo quiero la placenta para comerla o yo quiero esa placenta para cremas o yo quiero esa placenta para tenerla ahí en mi casa porque cuando un bebé se enferma y vuelve la memoria, poder pedir esa sanación de ese bebé, eso es lo que hacemos. (p. 120).

En la actualidad, la práctica de la mortuoria responde a un proceso que se ha venido fortaleciendo a través de los años con el acompañamiento de parteras, médicos, médicas y sabedores ancestrales de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

En el mapa se puede apreciar una nube de puntos que hacen referencia, en primer término, a la resi-

dencia de los núcleos familiares muisas en la localidad de Bosa, asentados, de oriente occidente, mayoritariamente en los sectores catastrales El Jardín, El Remanso, San Bernardino XVIII, San Bernardino Potreritos, La Independencia; y de norte a sur en Los Sauces, San Pedro, La Paz Bosa, Bosa El Porvenir, Jiménez de Quesada y Gualoche, todos en un patrón de concentración que surge cerca al río Tunjuelito y se dispersa en el resto del territorio. Simultáneamente cada punto, revestido de color rosa pálido, advierte sobre aquellas familias muisas en las que aún perviven diferentes rituales, legado de sus antepasados. Uno de ellos es la práctica tanatológica de la mortuoria en la que participan los miembros no sólo con lazo de parentesco consanguíneo sino también la comunidad. En el mapa, la práctica ritual mortuoria está representada como un símbolo sobrepuesto en forma de fractal de color violeta oscuro.

Puede notarse que, algunas familias, han proseguido con la realización de este ritual junto con otras prácticas ceremoniales de carácter sacro y espiritual. Especialmente, se puede apreciar que son principalmente las familias habitantes más próximas al río Tunjuelito las que llevan a cabo la práctica mortuoria como ceremonia para honrar a sus seres queridos. Esto se explica por la profunda conexión existente entre la gente y el río, como una 'hierofanía acuática' indisoluble y entrañable dentro de su sistema cultural y espiritual que se resiste a desaparecer.

Conclusiones. A causa de la evangelización y las formas de colonialismo, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa es principalmente católica. En términos de desarmonías espirituales y de pensamiento (salud mental) parte de la comunidad (algo más del 10%) presenta algunos síntomas relacionados con sentimientos de tristeza, preocupación, miedo, aislamiento, entre otros, muy propios de la vida moderna de las ciudades occidentales. En este sentido, la gran mayoría de las personas creen que elementos culturales como la danza, la música y el tejido son importante para la sanación (el 82,10% consideran estas prácticas sanadoras),

pero también algunas consideran el uso de plantas y medicinas ancestrales. El no empleo de estas medicinas se asocia principalmente al desconocimiento (29,25% de los participantes) sobre su uso o la falta credibilidad sobre su efectividad.

Una cantidad importante de las familias tienen integrantes que han sido o son atendidos actualmente por la medicina ancestral Muisca; estas atenciones tienen lugar principalmente en la casa sagrada Qusmuy y en la casa de medicina de la comunidad. Las familias conservan importantes saberes sobre usos y costumbres y usan plantas medicinales (el 65,09%) refieren usar o conocer alguna planta medicinal), siendo esta una de las principales fortalezas culturales y en salud que ha logrado mantenerse en el territorio, aunque las prácticas de cultivo son menos frecuentes. También se conservan en la mayoría de las familias (51,30%) los rituales de armonización por medio de sahumeros y limpiezas para la protección, el control de lo negativo, la recolección de lo positivo y las enfermedades. Las prácticas de ritualidades ancestrales desde usos y costumbres más reconocidas son las ceremonias, pagos y cambios de ciclos o fuego, que actualmente se recuperan mediante variadas actividades impulsadas por el cabildo y la comunidad.

La mayor causa de mortalidad referida por las familias encuestadas son las enfermedades crónicas (30,54%), el cáncer (26,55%), las enfermedades respiratorias (16,07%), todas ellas atribuibles desde la perspectiva cultural a la contaminación de los ríos y el territorio en general y la mala alimentación resultante de la transformación de las prácticas productivas y agropecuarias libres de químicos. Los procesos de mortuoria (3,40% de las familias realizan este ritual) en apego a las tradiciones para las personas que fallecen en la actualidad son muy reducidos y las familias optan en su gran mayoría por las formas de velación y entierro propias de las religiones cristianas (81,07%); sin embargo, el sincretismo en todas estas acciones es un rasgo característico de la comunidad y tanto sabedores y sabedoras como médicos ancestrales

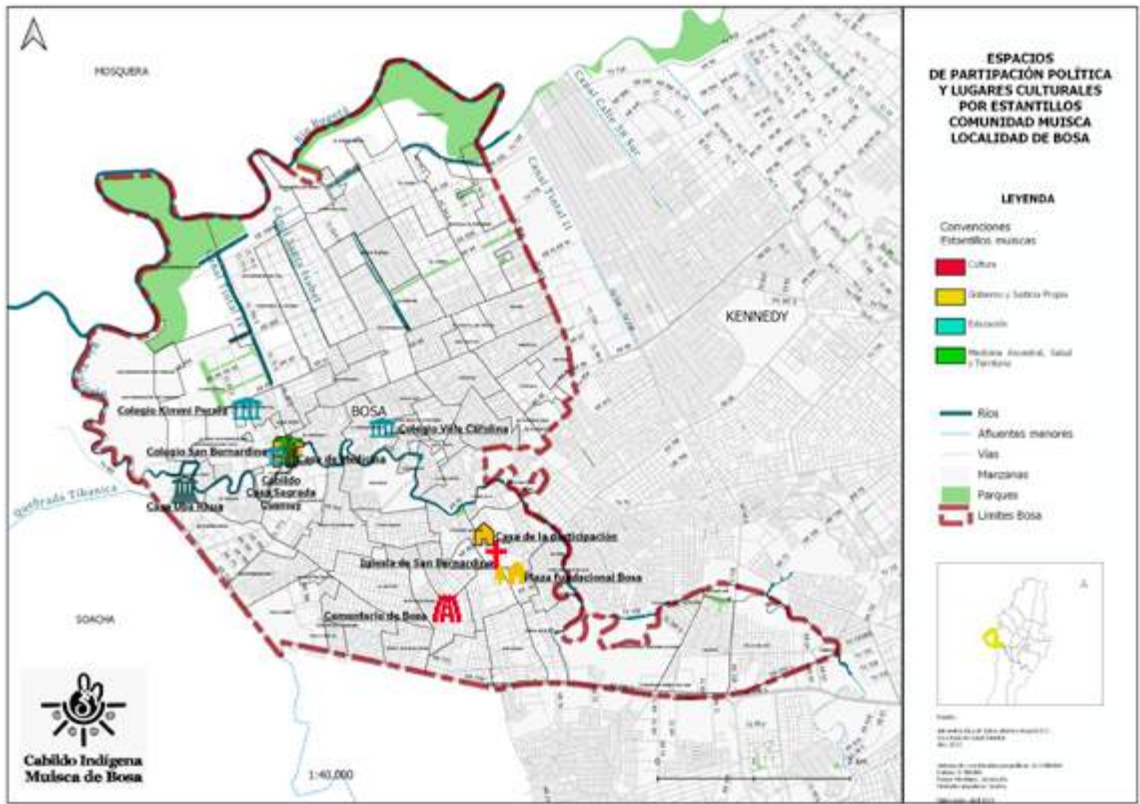
y parteras trabajan para la recuperación de saberes, rituales y prácticas tradicionales.

2.5. Gobierno y justicia propia

Esta categoría pretende identificar la relación entre la Ley de Origen que establece el gobierno propio y las formas de manejo y orden de las prácticas de la medicina tradicional/ancestral y la partería dentro de la estructura político-organizativa con la que cuenta la comunidad y desde donde se impulsan los procesos de participación en el marco de los diferentes estantillos y como esta tiene una relación con la prestación de servicios de la medicina occidental. Para esto se definen cuatro (4) grupos de variables, por su relevancia se destacan las variables asociadas a IPS propia, Relación con la EAPB y atención diferencial, Relación con el cabildo y participación comunitaria y Justicia propia en su sección individual.

La Ley de Origen es la estructura de conocimientos y normas que rigen la cotidianidad de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa. Dicha estructura, heredada desde el origen, impone formas propias de gobernarse y ejercer justicia. El gobierno integra múltiples espacios para la participación y la toma de decisiones que incluyen la asamblea general, grupos de interés, autoridades políticas y espirituales, consejos para cada uno de los estantillos (como el de salud), entre otras

Mapa 10. Espacios de participación política y lugares culturales, Comunidad Muisca en la localidad de Bosa



instancias. El Plan de Vida y los sistemas propios también son parte importante del gobierno propio, pues son expresión de su autonomía y soberanía, el SISPI es el ejemplo en salud de estos sistemas. En los documentos que desarrollan el estantillo de Gobierno y justicia propia del Plan de Vida se afirma:

El Gobierno Propio está relacionado con el cumplimiento de los derechos y deberes que adquirimos y que nos permiten convivir como cabildantes, estos se ligan con Espiritualidad, territorio, educación, salud, economía y cultura, por lo que se hace necesario fortalecer la participación, hacer cumplir y respetar nuestras reglas, leyes en torno al territorio, lo que permite generar vínculos entre los integrantes de la comunidad y normas generadas desde nuestro Gobierno Propio, inspiradas en nuestras leyes ancestrales y, así, como era empeñada la palabra en el pasado, la construcción del modelo de Gobierno Propio debe ser mantenida y respetada

como fue la palabra en tiempos anteriores (CIMB, 2023c, p. 25).

Los íconos del mapa intentan reflejar los diferentes lugares de significado político y cultural para la comunidad Muisca, que a su vez se relaciona con los diferentes estantillos que involucran esferas de vida de la comunidad.

La casa Sagrada Qusmuy desde su sacralidad, orienta no solo la práctica de la Espiritualidad y la Medicina, también es un referente para el gobierno y la salvaguarda de la cultura y en ese sentido otros lugares que aportan aspectos fundamentales en el orden y estructura de la comunidad, en ellos se destacan sitios sagrados (como los Ríos y Humedales), Lugares de participación, (Plaza fundacional, Casa de la participación de Bosa, Salones comunales donde se realizan Votaciones, entre otros); lugares donde se afianza la practica Cultural (Jardín Uba Rhua, Colegio San Bernardino etc,) donde se afianza la práctica del saber desde una mirada intercultural y los lugares religiosos, (Iglesia de Bosa San Bernardino, Iglesia San Francisco de Asis en San José); que agrupan a las familias en fechas de conmemoración ritual

Por su parte, la justicia propia corresponde a un sistema propio para gestionar los conflictos en apego a la Ley de Origen y las formas ancestrales de aplicación de justicia con el fin de mantener la convivencia. Al igual que todos los componentes de la cosmovisión de la Comunidad Indígena Muisca, la justicia propia es dinámica y evoluciona con el tiempo permitiéndole adaptarse a las nuevas formas de conflictos que van apareciendo y a los preceptos morales y jurídicos que la sociedad va priorizando de acuerdo con su avance. Así,

Desde la tradición nos enseñaron que fuimos sembrados en este territorio bajo unas ordenanzas una ley establecida desde el origen, que nos garantiza la vida y la armonía en la comunidad, esta última conformada desde el pensamiento

propio por gente animal, gente planta, gente piedra, gente espíritu, gente agua, gente montaña y nosotros, la gente, que somos los humanos; en ese sentido, es importante entender esta realidad, este relacionamiento ancestral de todo lo que crearon nuestros padres espirituales que tienen un quehacer en la vida y que debe mantenerse una armonía como garantía de la misma. (CIMB, 2023c, p. 22).

Para la categoría de Gobierno y Justicia propia, se realizaron 4 asociaciones entre variables, en una única sección individual.

2.5.1. Sección Individual

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) propia. Se presenta el análisis del impacto y la importancia del sistema de salud propia indígena intercultural para la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

De los comuneros y comuneras participantes de la muestra, 2787 correspondientes al 86,18% refieren que asistirían a una IPS propia si el cabildo la tuviera, dato que pone de manifiesto la recepción de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa a la creación de una IPS propia en alianza con el sistema de salud occidental. La articulación entre las dos medicinas permite cubrir las necesidades sanitarias de la población, respetando el desarrollo armonioso del uso de la medicina ancestral en el sistema de salud occidental y el uso de las prácticas culturales en salud indígenas sin restricciones. Las respuestas abiertas más frecuentes que los participantes consignaron como razones de su eventual asistencia a una IPS propia, se relacionan con la cercanía al lugar de residencia, la combinación de las medicinas, el uso de las plantas y la atención por parte de los médicos Ancestrales de la comunidad.

Reconocimiento y atención diferencial en las EAPB. Se presenta el análisis de la atención diferencial desde el punto de vista de la articulación,

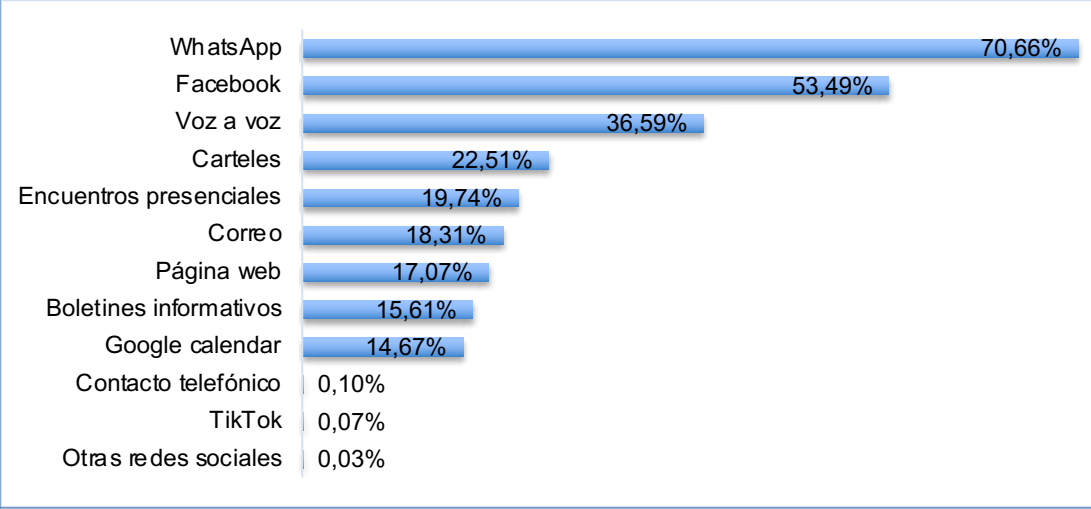
el reconocimiento étnico y las barreras de acceso al sistema de atención en salud occidental.

Aunque 1399 personas caracterizadas (43,26%) han informado su pertenencia a una Comunidad Indígena a su EAPB, esto ha tenido que ser por su iniciativa, pues solo a 1030 (34,85%) su EAPB le han preguntado acerca de su pertenencia étnica, lo cual es fundamental para poder recibir el trato diferencial de la atención a comunidades indígenas, respetando sus derechos, usos y costumbres relacionados a la atención en salud.

Tabla 20. Presencia de barreras de accesos a los servicios de salud

Barrera de acceso a los servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
Demoras en la asignación de citas	1.320	90,5
Tramites (autorizaciones)	594	40,7
No entrega de medicamentos	409	28,1
Centro de salud lejano	292	20,0
No cuenta con afiliación	5	0,3
Servicio de urgencias	2	0,1
Asesoría en Supersalud	1	0,1
Cuando queda sin trabajo no tiene atención	1	0,1
Dificultad con cambio de EPS sin autorización	1	0,1
En mora con la EPS	1	0,1
Negligencia	1	0,1
Total	1.458	100,0

1458 personas que corresponden al 45,08% de la muestra han experimentado barreras en el acceso a los servicios de salud; principalmente demoras en la asignación de las citas (n=1320), trámites y autorizaciones (n=594),



no entrega de medicamentos (n=409) y centros de salud lejanos (n=292). Esta diversidad de barreras afecta directamente el control y seguimiento a las diferentes enfermedades que presenta la población, generando una afectación directa en el curso de la enfermedad, la calidad de vida y salud, pero a la vez, es una expresión de las formas de discriminación y marginación a las que la comunidad Muisca ha estado históricamente sometida.

Participación comunitaria y actividades de Gobierno Propio. Se presentan y analizan los datos recopilados con el análisis de la apropiación, reconocimiento, participación y concertación de la Comunidad Indígena Música de Bosa en los procesos de gobernabilidad y las actividades del cabildo.

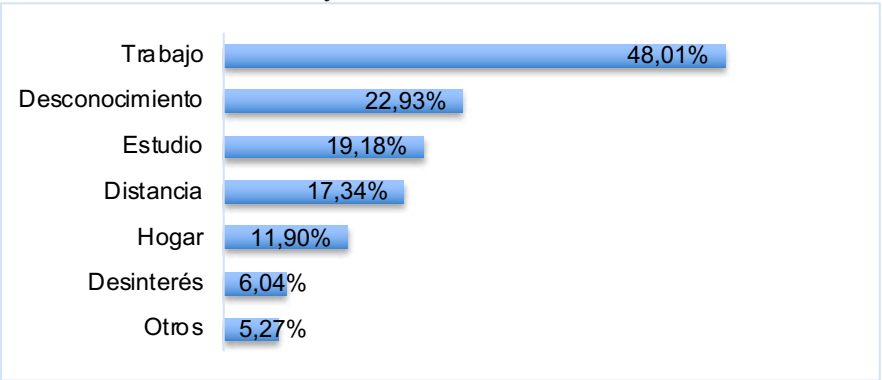
Se reportan 2101 (72,9%) de personas (mayores de 14 años) que desconocen en Plan de vida “palabra que cuida y protege la semilla” alerta sobre un bajo conocimiento de esta herramienta que se configura como un instrumento de resignificación de los derechos de la comunidad y su pervivencia en el territorio, salvaguardando la cultura, usos y costumbres. Tanto el interés y la responsabilidad de comuneros y comuneras, como la capacidad de divulgarlo y concientizar a la comunidad sobre su valor político, jurídico y cultural por parte de las autoridades propias resultan interpelados por estos datos.

Gráfico 33. Canales preferidos por mayores de 14 años para enterarse de las actividades del cabildo

Teniendo en cuenta los datos anteriores se evidencia una alta afinidad por parte de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa mayor de 14 años al uso de las redes sociales como mecanismo para enterarse de las actividades de cabildo, La facilidad de recepción y transmisión de la información por medio de las tecnologías digitales permite rapidez y efectividad en las comunicaciones y que las personas tengan conocimiento de las acciones que se adelantan y su uso en las acciones organizativas y políticas la comunidad es cada vez más frecuente. No obstante, la población que no usa celulares y redes sociales como algunos mayores y mayores podrían verse limitados en el acceso por estos medios por lo que mecanismos como carteles, contacto telefónico y la voz a voz siguen siendo importantes para garantizar la participación de toda la comunidad y efectividad en las comunicaciones.

De las personas mayores de 14 años que respondieron esta pregunta, se identifica que las principales limitaciones para la participación en actividades que convoca el cabildo (comunitarias, culturales, político organizativas etc.), son las asociadas a ocupaciones académicas y laborales , junto con el desconocimiento, se identifica también que la distancia representa una causal que

Gráfico 34. Limitantes para la participación en las actividades del cabildo en mayores de 14 años



desincentiva la participación; en menor proporción, se presentan limitaciones de salud o por discapacidad y la condición de adoptados (que corresponde a la unión familiar de un indígena con un no indígena o mestizo); siendo estas situaciones de los comuneros; pero también, se

identifican aspectos del proceso organizativo como la atención al público, que influye de manera negativa en la participación de las personas de la comunidad.

Tabla 21. Actividades que motivarían a los mayores de 14 años a participar en el cabildo

Tipo de actividades	Frecuencia	Porcentaje
Educativas	1166	40,44%
Temas de cultura	1085	37,63%
Salidas al territorio	962	33,37%
Temas de formación	895	31,04%
Económicas	755	26,19%
Prácticas deportivas	5	0,17%
Jornadas de salud	4	0,14%
Danzas, música y/o tejido	3	0,10%
Agricultura	2	0,07%
Juegos tradicionales	2	0,07%
Medicina tradicional	2	0,07%
Actividades de liderazgo	1	0,03%
Comunitario	1	0,03%
Conocer a fondo costumbres.	1	0,03%
Consejo de niños	1	0,03%
Mayor difusión de las convocatorias	1	0,03%
Historia del cabildo	1	0,03%
Total	2.883	100,0

En general, actividades relacionadas con la educación/formación y las culturales acaparan el interés de los mayores de 14 años y señalan caminos para la planificación y el fortalecimiento de la participación. No obstante, la atracción de otras actividades también resalta la necesidad de divulgar más sus beneficios e importancia para las personas y la comunidad; entre ellas se observan sensibles temas como la medicina tradicional, el consejo de niños (aunque se entiende que la pregunta solo se formuló a mayores de 14 años, lo que podría explicar su baja frecuencia estadística) y el liderazgo.

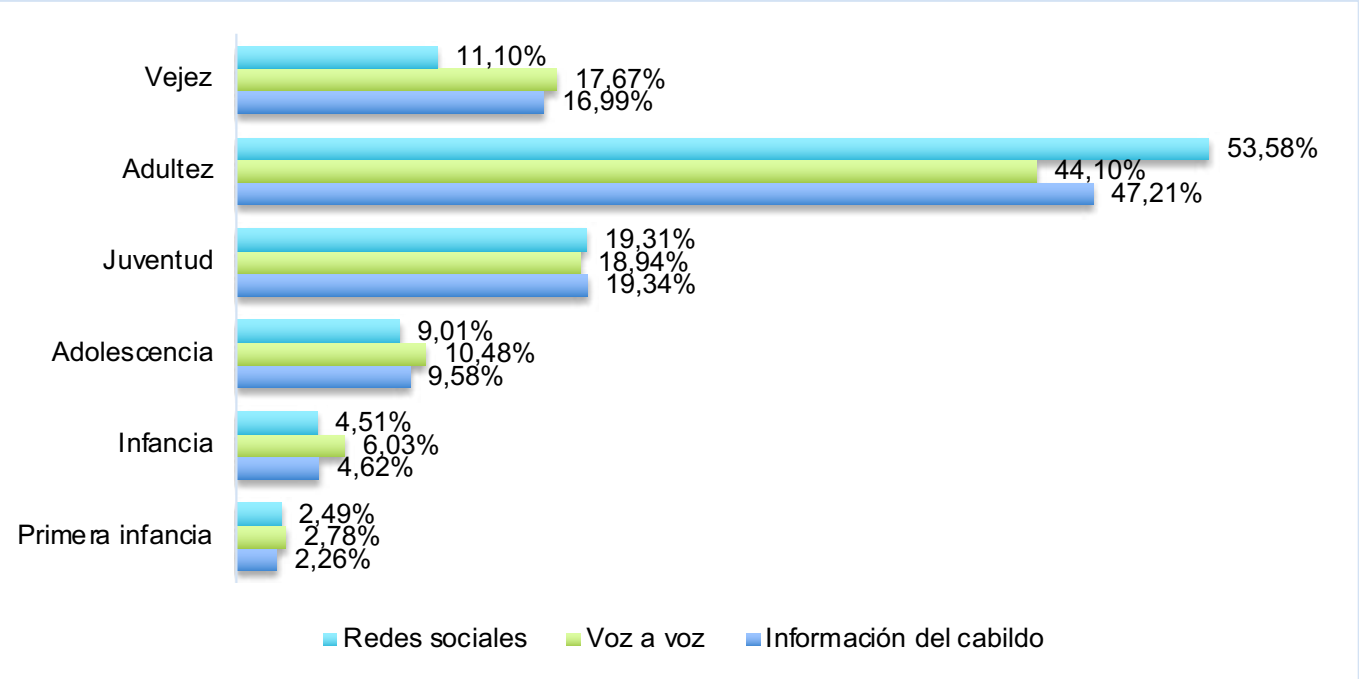
1851 (64,20%) mayores de 14 años refieren conocer las actividades realizadas en el cabildo, pero también resalta la proporción restante que no las conoce y que es un importante factor en la explicación de la no participación, como se refería antes.

Tabla 22. Actividades del cabildo en las que participa o ha participado

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Festivales	1759	54,39%
Asamblea	1367	42,27%
Rituales	571	17,66%
Ceremonias	510	15,77%
Consejos	460	14,22%
Grupos de interés	397	12,28%
Pagamentos	388	12,00%
Otros*	27	0,83%
Total	3234	100,0

*Nota: Grupo de huerta, Salidas al territorio, Talleres, Votaciones, Agricultura, Archivos, Artesanías, Centro día, Chumbes, Círculo de palabra, Consejo niñas, Detalles para los niños, Docente HUBA RHUBA, Educación, Juegos tradicionales, Servicio social.

Gráfico 35. Formas para enterarse de las votaciones o espacios de la comunidad



La participación de los mayores de 14 años en los festivales (54,39%; n=1759) y asambleas (42,27%; n=1367) es significativa, pues estas actividades son

de las más importantes en la comunidad por el impacto sociocultural según su naturaleza; destacan allí la toma de decisiones, usos, costumbres, rituales, compartir de la medicina, danza, música, alimento propio, compartir la palabra entre clanes y transmisión de saberes intergeneracional.

Con todo, es necesario resaltar la baja participación de la comunidad en actividades como la agricultura, el tejido, las artesanías, los juegos tradicionales, los pagos, las ceremonias, la asistencia a los consejos; las cuales son fundamentales para la pervivencia de la cultura, los usos y costumbres de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

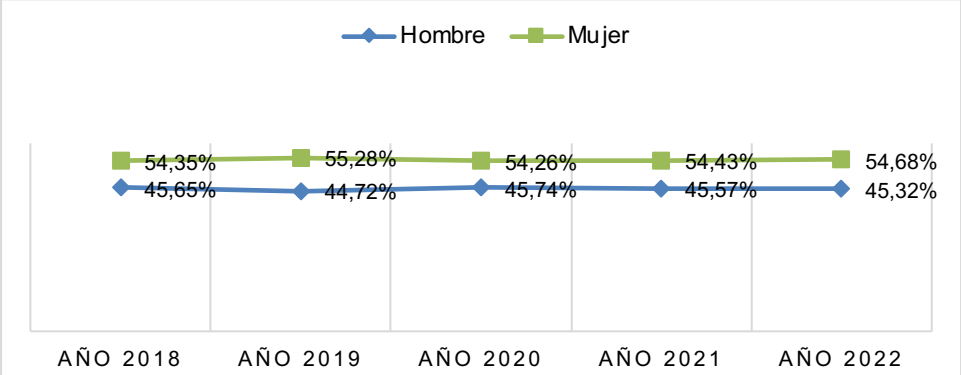
Hoy, comuneros y comuneras conocen las votaciones u otros espacios de la comunidad principalmente a través de la voz a voz (n=1975), pero las redes sociales también parecen ser efectivas y las acciones que el cabildo realiza para dar a conocer a la comunidad estos procesos participativos y para tomar decisiones.

Es evidente que tanto mecanismos basados en las tecnologías, como formas más tradicionales,

son importantes medios y por sus características, su uso conjunto podría garantizar la cobertura a personas de diferentes generaciones, tal y

como lo muestran las preferencias que se reflejan en la gráfica anterior (vejez, voz a voz; adultez, redes sociales; juventud, todas las formas; adolescencia e infancia, voz a voz). Las proporciones señalan que no necesariamente las tecnologías son una herramienta ajena o ineficiente para las generaciones mayores, ni que otras más tradicionales como la voz a voz o la información brindada directamente por el cabildo sean indiferentes para los más jóvenes.

Gráfico 36. Comparación de la Participación de mayores de 14 años en las votaciones del cabildo indígena durante los últimos 5 años, según sexo



Las proporciones que refleja el gráfico anterior son importantes, pues es notorio un ligero pero valioso incremento en la participación de la comunidad en las votaciones del cabildo a lo largo de los años, evidenciando una mayor participación histórica de las mujeres, por un porcentaje que oscila sobre el 9%. Se sabe que existe un importante camino por recorrer en cuanto a ampliación de la participación, pero eso hace parte del trabajo y los esfuerzos realizados desde el cabildo y en la implementación del estantillo de Gobierno y justicia de la comunidad.

Al observar la participación histórica de esta misma población en las votaciones del cabildo, se hace evidente un lento, pero continuo crecimiento en los últimos años a pesar de eventos complejos como la pandemia por COVID 19 que podrían haberla limitado. Para 2022, último año indagado, la participación llegó a 1324 personas mayores de 14 años en la muestra, cifra positiva dada la importancia de esta actividad en la ejecución y desarrollo de los diferentes procesos comunitarios y su

articulación con proyectos y programas distritales que benefician de manera integral a la comunidad; además de ejercer su derecho al voto, en la implementación y el fortalecimiento del gobierno propio de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

Un dato relevante, es que 1984 (68,82%) de personas mayores de 14 años de la muestra no reconocen la jurisdicción especial indígena y la justicia propia y en el mismo sentido 2281 (79,12%) no reconocen la ruta de atención en justicia propia. Es notorio el bajo reconocimiento de estos dos aspectos tan importantes en el

marco de la justicia propia, a pesar de que en los últimos años se ha venido fortaleciendo el reconocimiento a la jurisprudencia de justicia propia, pero su implementación a nivel comunitario y distrital son recientes y su socialización se encuentra en fase

de implementación.

En consonancia son la tradicional oral y el valor de la palabra en la Comunidad Indígena Muisca

Tabla 23. Mecanismos propios que identifican los mayores de 14 años para la resolución de problemas internos y externos (personales, familiares, comunitarios)

Mecanismos propios de resolución de problemas	Frecuencia	Porcentaje
Dialogo	1.882	65,3
Dialogo con sabedores-autoridades	327	11,3
Sanación espiritual	297	10,3
Armonización	251	8,7
Pagamento	199	6,9
Sanación física - social	126	4,4
No hay solución real a los problemas	1	0,03%
No observa soluciones	1	0,03%
Rejo	1	0,03%
Total	2.883	100,0

de Bosa, 1882 (65,28%) mayores de 14 años reconocen el diálogo como principal mecanismo de resolución de problemas tanto al interior como hacia el exterior de la comunidad. Esto podría asociarse con la importancia de la relación entre espiritualidad, ancestralidad, usos y solución de problemas, clave en la armonización integral del ser para llegar a acuerdos a través del tejido de la palabra y la escucha desde el punto de vista de la tradición cultural y que se transmite intergeneracionalmente.

Conclusiones. El gobierno y la Justicia propios de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa responden a mandatos ancestrales contemplados en la Ley de Origen que incluyen la existencia de diferentes instancias para la deliberación y toma de decisiones, pero también de elementos como el Plan de Vida con sus estantillos y sistemas propios en salud, educación, gobierno, justicia, etcétera. Así, la noción del gobierno propio supone la autonomía para diseñar e implementar un sistema de salud propio e intercultural, del cual, contar con una IPS propia (78,04% de los participantes refieren que les gustaría una IPS Propia de la comunidad) es un elemento vertebral y una sentida necesidad (y deseo) de la comunidad, que permitiría la atención intercultural de enfermedades y desarmonías y la eliminación de múltiples barreras de acceso. En sentido contrario, la atención institucional es percibida por la comunidad como poco interesada en su pertenencia étnica, la necesidad de un enfoque diferencial y la proliferación de barreras de acceso asociadas a aspectos administrativos y organizacionales.

La participación comunitaria en el gobierno propio presenta dificultades, pues a pesar de lo anterior, se ha encontrado que el desarrollo de actividades de educación/formación (40,44%) y las culturales (37,63%) son de mayor interés para las personas; y que, el uso combinado de mecanismos de convocatoria integrando herramientas tradicionales y tecnológicas podría mejorar la participación y que las preferencias o niveles de recepción por estos medios se alejan de lo espe-

rado en términos de la edad de las personas. Las ocupaciones laborales y académicas, junto con el desconocimiento sobre la programación de actividades son los principales obstáculos. Los festivales y las asambleas son las actividades con mayores niveles de participación. Respecto a las votaciones internas, la participación se ejerce por más de la mitad de la población, el 72,88% de las personas no conoce el Plan de Vida de la comunidad y es común el desconocimiento, la inasistencia a las actividades del cabildo es creciente y tiene una mayor proporción femenina.

La jurisdicción especial indígena y la ruta de atención en justicia propia son desconocidas para un 68,82% de la comunidad y son objeto reciente de implementación y socialización. El diálogo es la herramienta por excelencia para la resolución de conflictos internos y externos en la comunidad.

2.6. Economía y sustentabilidad propia

Esta categoría refleja las transformaciones de la economía comunitaria/colectiva e individual y su influencia en las prácticas de cuidado y bienestar familiar y comunitario en relación con la protección de la salud. Para esto se definen dos (2) grupos de variables, por su relevancia para el análisis se destacan las variables asociadas ingresos en su sección individual y Vivienda, Composición Familiar, Ingresos familiares en su sección familiar.

La Comunidad Indígena Muisca de Bosa se caracterizaba por tener un mecanismo de economía y sustentabilidad propia; sobre ello, el Plan de Vida menciona:

Durante muchos años, la actividad económica de la comunidad muisca de Bosa se basaba en la agricultura, el ordeño, la pesca de guapuchas, pez capitán y cangrejos, sacar panta para hacer camellones, cortar leña, entre otras actividades

de las que dependían las familias; pero esto cambió por la contaminación del río Tunjuelito, pues ya no se podía pescar, y muchos vallados se secaron porque las aguas no eran aptas para el riego. Esto generó que muchos de los comuneros tuviesen que buscar en la ciudad, otras formas de subsistencia diferentes a las tradicionales, especializándose en oficios como la construcción y servicios generales. (CIMB, 2020a, p. 39)

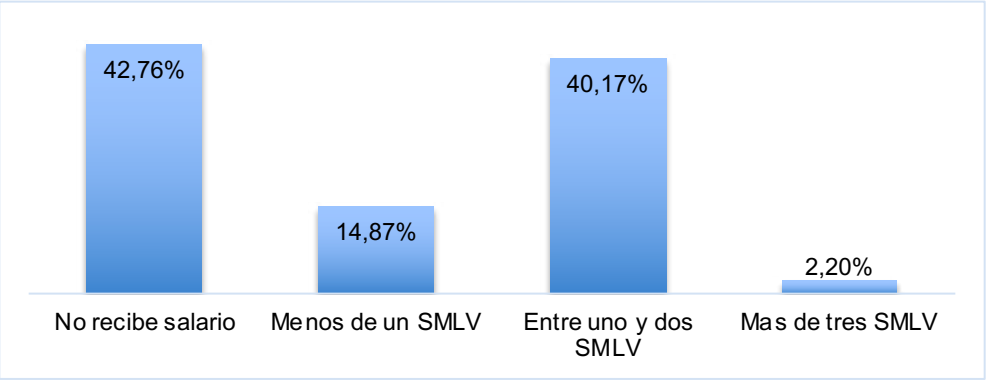
El paso de ser los propios proveedores de sus recursos mediante el desarrollo de prácticas propias relacionadas con la cultura, usos y costumbres a ejercer modos de empleabilidad que los alejan de la tradición y sus familias y que no garantizan las condiciones suficientes para el desenvolvimiento de sus habilidades ancestrales, son importantes aspectos a tener en cuenta en la comprensión de las condiciones de calidad de vida y los proceso de salud y enfermedad de la comunidad, pues implican la exposición a procesos frecuentemente malosanos que contribuyen a la síntesis de perfiles fisiopatológicos específicos.

En la categoría de economía y sustentabilidad propia se establecieron 2 agrupaciones de variables, clasificadas de la siguiente manera:

2.6.1. Sección Individual

Ingresos salariales y ahorros pensionales para la vejez. De los comuneros y comuneras caracterizados en edad productiva, la mayoría 1296 (51,76%) reciben entre 1 y dos salarios mínimos, 469 (18,73%) menos de un salario mínimo y considerando su trascendencia en cuanto a poder

Gráfico 37. Ingresos salariales en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa



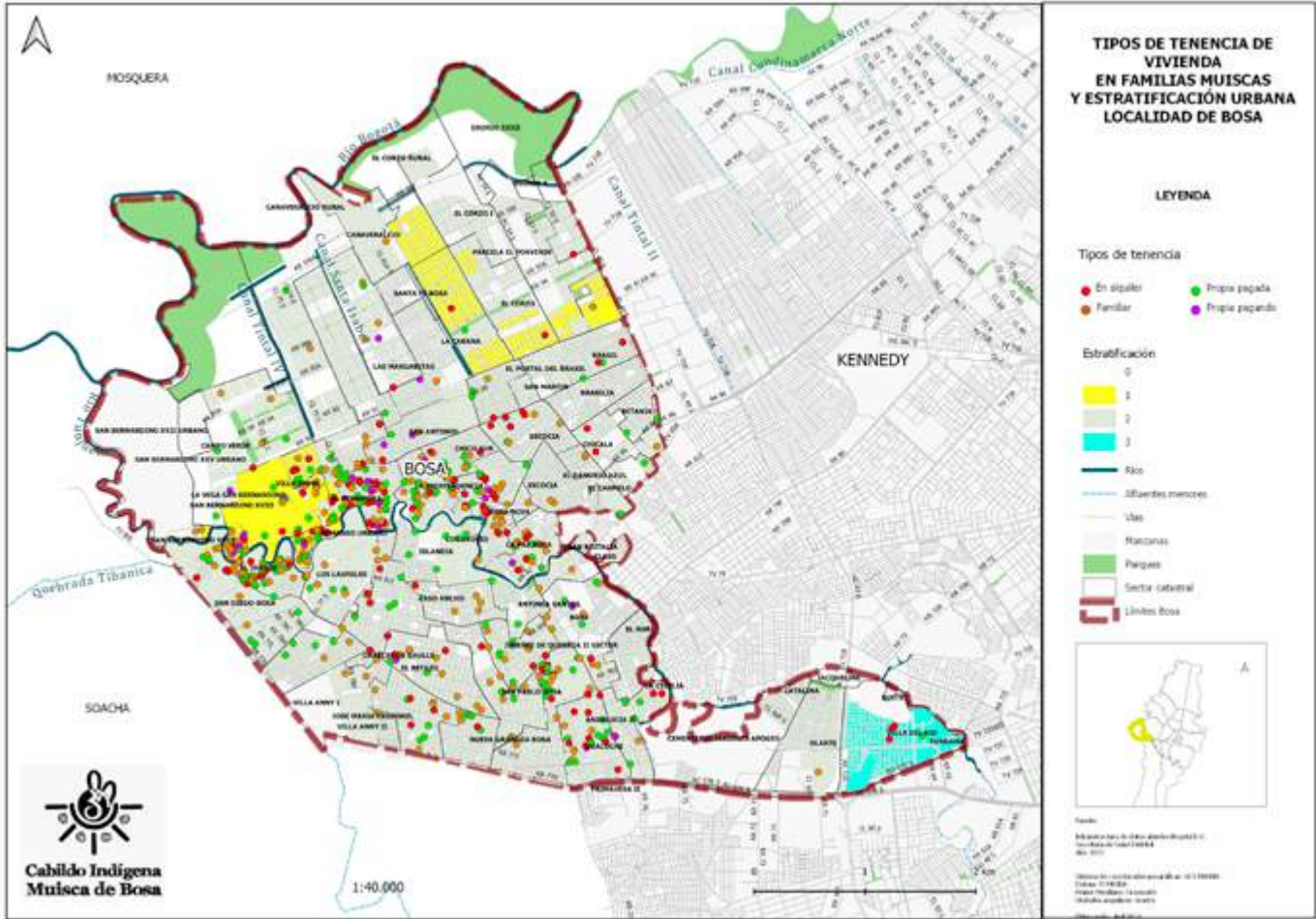
adquisitivo 668 (26,68%) no devengan ingresos económicos.

Más allá de las especificidades emanadas de las diferentes edades y ocupaciones que no siempre son productivas económicamente, lo que se nota es que los reducidos ingresos de las familias suponen condiciones económicas precarias. Solo recuérdese que, aunque en Capítulo I, en la presentación de datos poblacionales por momento de curso de vida se señaló que la juventud y la adultez (las más productivas económica y culturalmente) reúnen casi el 52% de la población Muisca de Bosa y que en la exposición de los ingresos de la población se encontró que estos cursos de edad presentan altas cifras de no recepción de ingresos.

La situación económica es crítica para la comunidad, sobre todo en términos de calidad de vida y salud, si se tiene en cuenta que la llegada de la ciudad al territorio ancestral también llegó su modelo de producción y distribución de bienes y servicios fundamentado en la dinámica de mercado, que hace que las personas con menos recursos no puedan satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, higiene, etcétera.

De los 2503 comuneros y comuneras mayores de 18 años caracterizados, solo 935 (37,36%) tienen un ahorro o pensión para la vejez, es decir, un gran porcentaje, que corresponde a 1.568 mayores de edad, no cuentan con un ahorro así. Ya se ha indicado que la predominancia de trabajos informales que no garantizan el derecho a la segu-

Mapa 11. Tenencia de vivienda y estratificación pueblo Muisca localidad Bosa



ridad social podría estar detrás de este problema, pues elimina la oportunidad de generar un ahorro pensional para la vejez que asegure su calidad de vida y dignidad tras una vida entera de trabajo.

2.6.2. Sección Familiar

Vivienda, composición familiar, ingresos familiares. De las 1002 familias caracterizadas, 836 (83,43%) viven en casa, 128 (12,77%) en apartamento y tan solo 37 (3,69%) en una casa lote o finca. Esta cifra denota una importante tensión generada por los cambios culturales y territoriales, pues aunque originariamente las familias eran dueñas y poseedoras de las tierras que les habían sido legadas ancestralmente y podían disponer en ellas de grandes extensiones para el cultivo de alimentos y cría de animales propios, en la actualidad este espacio de vivienda se ha

perdido y las familias parecen verse confinadas a casas de características más urbanas y más pequeñas, pero tampoco han accedido (de forma masiva) a habitar en los diminutos apartamentos que oferta la arquitectura posmoderna en esta zona de la ciudad. Lo que se observa entonces es el tránsito a formas de vivienda más urbanas, pero también la resistencia a perder las formas tradicionales que permiten las prácticas culturales, alimenticias y económicas propias.

En este mapa se expone un abanico de formas de tenencia de la vivienda que van desde la vivienda de herencia familiar (punto rojo) hasta las nuevas adquisiciones hechas (punto violeta y celeste) y las modalidades de alquiler presentes (punto verde) en la comunidad muisca afianzada en su territorio ancestral. El tipo de vivienda familiar nos dice mucho sobre cómo la población está anclada a un espacio que representa sus antiguos dominios de reproducción territorial en lo que so-

lían ser las veredas de San Bernardino y San José. Muchas de las nuevas adquisiciones de vivienda están espacialmente distribuidas por el margen norte del río Tunjuelito, destacando el fuerte nexo comunitario, de pertenencia territorial y conexión entre individuos y familias del pueblo muisca en Bosa.

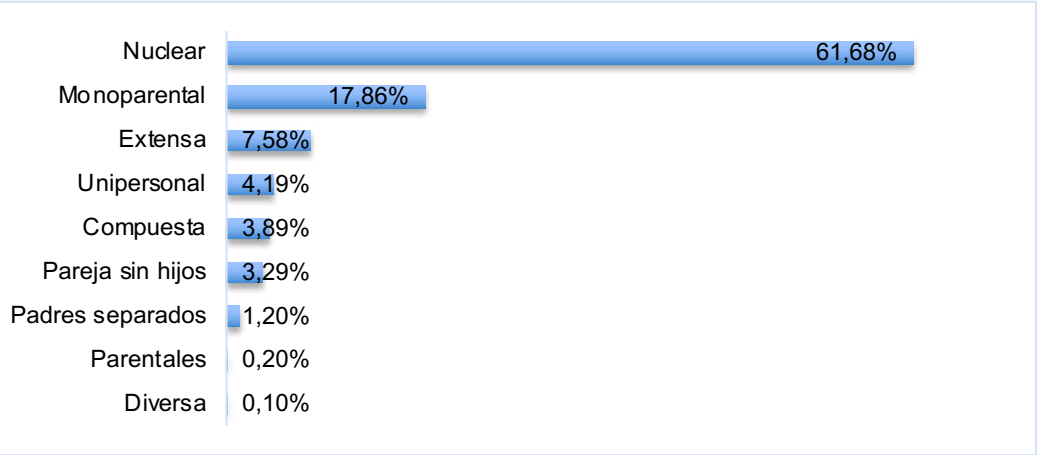
El acceso a la vivienda, aspecto clave para el mejoramiento de la calidad de vida, aún es un hecho no consumado para algunas familias que viven bajo techo en modalidad de arriendo, sin embargo, son la excepción dentro de una matriz de tenencia extendida de la propiedad en la que el valor del suelo aún es asequible a pesar de que los sustentos e ingresos económicos de la comunidad sean, en promedio, bajos.

En la Comunidad Indígena Muisca de Bosa predominan (90,22%) las casas construidas en cemento, pero un 9,88% en materiales mixtos como madera, tierra, bahareque, teja y/o lata. Respecto a su tenencia, los datos informan que 378 (37,72%) familias residen en viviendas familiares, seguida de 352 (35,13%) que lo hacen en viviendas propias.

Esta situación es distinta a la de antes de la colonia y la expansión de la ciudad, cuando las tierras eran propiedad colectiva o las regentaban los indígenas Muisca y se construyeron con materiales propios que además de proteger a las familias, estaban cargados de una importante simbología política, cultural y religiosa relacionada con el orden cósmico. En aquella época, ni los materiales de las casas ni la propiedad de la tierra dependían tanto de la extracción socioeconómica de las personas, pues como lo ha podido comprobar la arqueología sobre el lugar desde el periodo

Muisca Temprano, a pesar de tratarse de cacicazgos, no consistían estos en sociedades extremadamente estratificadas como podría suponerse, sino que, al contrario, eran sociedades muy horizontales, en las que los privilegios de los caciques se reducían a aspectos simbólicos, de prestigio y la posesión de algunos bienes (Correa, 2004; Henderson, 2008).

Gráfico 38. Composición familiar

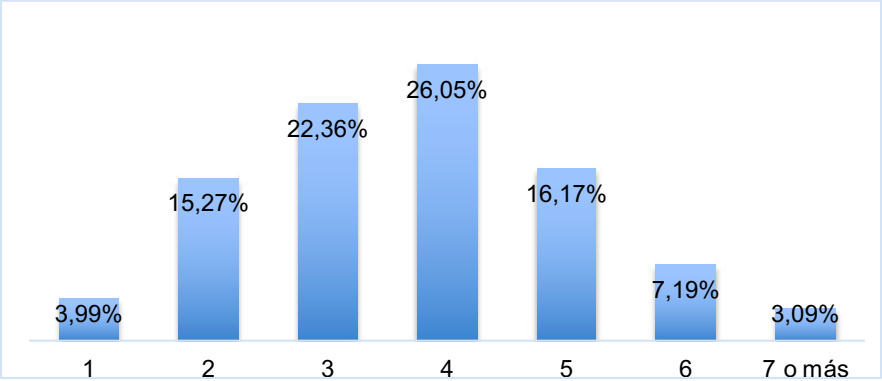


En cuanto a su composición, se observa una predominancia del tipo de familia nuclear (618 familias), que subraya que la comunidad ha preservado a través del tiempo los usos y costumbres respecto al mantenimiento de una familia integrada por papá, mamá e hijos desde la tradición. Sin embargo, se identificó que el tipo de familia monoparental también se presenta en la comunidad mostrando una de desestructuralización de la composición familiar nuclear tradicional y se puede asociar a las nuevas formas de vida y familia predicadas por los medios de comunicación y las tecnologías, que promueven modos familiares que no responden a la cosmovisión propia ni se insertan en el marco de una visión integral de la sociedad, en las que las familias y la reproducción biológica juegan un papel fundamental para la preservación de la comunidad y su cultura.

Más crítica aún, resulta la situación de la familia extensa, sobre todo si se recuerda que esta era la forma familiar originaria de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa y que permitió su supervivencia durante siglos: grandes familias en unidad

para la producción, el trabajo, la preservación cultural y la defensa territorial. Esto es efecto del proceso de transición demográfica de la comunidad, de la absorción de nuevas formas de vida y decisiones individuales que se toman por las dificultades económicas ya descritas y que, en el contexto capitalino, dificultan altamente las posibilidades de tener hijos y poder darles una vida digna y satisfacer sus necesidades más básicas.

Gráfico 39. Número de residentes en la vivienda



Las 1002 familias de la comunidad encuestadas se componen de 4,01 integrantes en promedio, una cifra que podrían entenderse como la huella de las familias extensas otrora predominantes. En Colombia, según el Censo Nacional de Población Vivienda del DANE 2018, el tamaño promedio de los hogares (las que viven en una misma vivienda) es de 3,1 miembros (DANE, 2018), cifra menor que, de hecho, se redujo en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022, donde alcanzó el 2,95% (DANE, 2022). Por su parte, el número de hogares compuestos por 1 o 2 personas solo refleja la progresiva desestructuración de este tipo de familias originada en la salida del territorio de comuneros y comuneras causada por la imposibilidad de encontrar allí oportunidades académicas y laborales satisfactorias.

Aunque el promedio de integrantes de las familias es de 4,1 como ya se anotó y que 64,5% cuentan con entre 3 y 5 integrantes, la mayoría viven

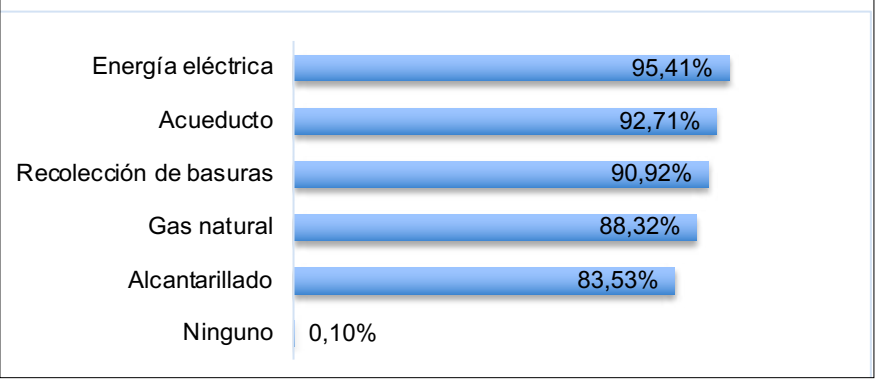
en casas que solo cuentan con entre 2 y 3 habitaciones, 69,76% de estas viviendas solo cuentan con un baño para sus necesidades fisiológicas y acciones de cuidado personal. La desproporción es evidente y representa una afrenta contra la dignidad de las familias, especialmente de aquellas que aspiran a mantener, en apego a las tradiciones, una de tipo extenso o compuesta por varios miembros.

Esta es solo una muestra más de la forma en que la transformación del territorio y sus viviendas impacta la vida cultural Muisca, pues obliga la reconfiguración de prácticas ancestrales para poder sobrevivir en el contexto actual.

Aunque los datos parecen referir una alta accesibilidad a los servicios públicos por parte de las fa-

milias caracterizadas, aún hay familias de la comunidad que no cuentan con la accesibilidad a estos servicios, entre el 5% y el 17% de las familias no cuentan con uno o varios de los servicios pú-

Gráfico 40. Servicios públicos con los que cuenta la vivienda



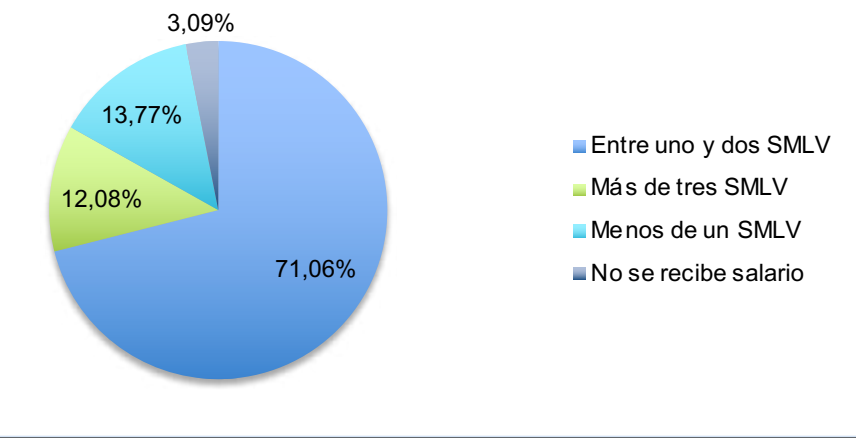
blicos estatales. Esto es grave, si se tiene en cuenta que Bogotá es una ciudad capital del siglo XXI y la ausencia de servicios como el alcantarillado, el acueducto, la energía eléctrica y la recolección de basuras son inadmisibles, no solo porque su ausencia muestra el abandono estatal y la marginación de la población Muisca de Bosa, sino porque supone un alto impacto en la calidad de vida, la salud y la enfermedad.

El problema de la falta de alcantarillado para la comunidad es muy sensible y sigue sin recibir respuesta por parte del Estado. Efectivamente, el ACCVSYE 2020 de la comunidad Muisca de Bosa ya identificó esta situación y en su contenido es posible conocer algunas de sus causas, todas ellas relacionadas con las transformaciones que ha sufrido el territorio ancestral:

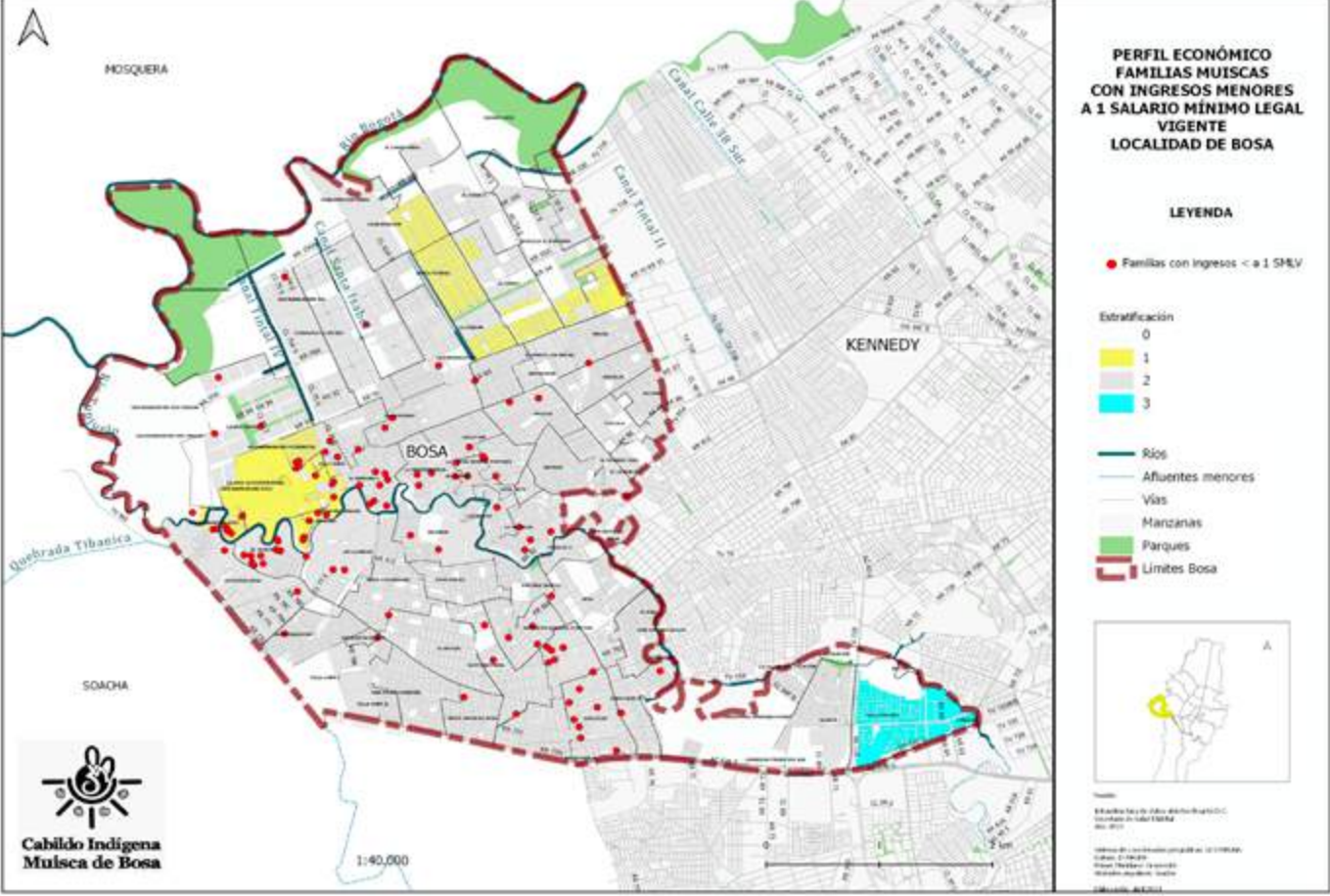
de la comunidad, que a causa de la falta de alcantarillado, se ve perjudicada por el vertimiento de las aguas servidas en los vallados, que eran los canales ancestrales de riego utilizados por la comunidad para los sembrados, así como la afectación de verse inundados en épocas de lluvia, generando malos olores, la presencia de mosquitos, vectores, desechos, suciedad, perjudicando principalmente la salud

El cambio del uso del suelo abrió paso a la construcción de barrios ilegales y de invasión, así como casas construidas con una altura de hasta cuatro pisos, quedando en desnivel en comparación con las viviendas tradicionales de la comunidad, generando una de las problemáticas más fuertes en estos Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa 39 barrios más antiguos donde vive gran parte

Gráfico 41. Ingresos mensuales promedio de las familias



Mapa 12. Perfil económico familias muisca ingresos menores a 1 salario mínimo vigente y estratificación localidad Bosa



de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.
(CIMB, 2020b, pp, 38-39).

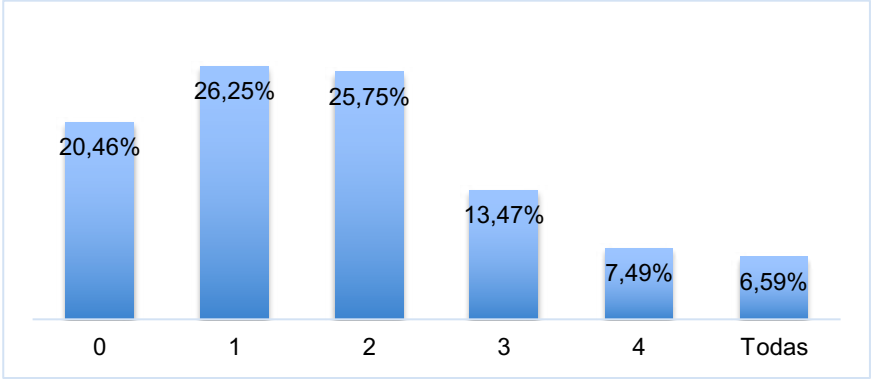
En 767 (76,55%) familias de la comunidad Muisca de Bosa trabajan entre 1 y 2 integrantes y 712 (71,06%) tienen ingresos totales entre todos sus miembros de 1 a 2 SMMLV vigentes, pero también hay casi un 17% que percibe menos de uno o no recibe ingresos. Al respecto, 797 (79,54%) familias manifiestan que estos ingresos no son suficientes para suplir las necesidades básicas del hogar. Esto se hace comprensible si se recuerda que las familias en promedio tienen 4,1 miembros y que la línea de pobreza per cápita calculada por Colombia es de \$198.698.

La estratificación por manzanas para la localidad de Bosa indica que el territorio está habitado por una población cuyos ingresos oscilan en un promedio de un salario mínimo legal vigente, impidiendo el estrato 2 en las cinco UPZ de la localidad. Una proporción sustancial de los núcleos familiares de la comunidad muisca de Bosa cuenta con ingresos que no superan el salario mínimo legal vigente (puntos rojos) lo que presupone un elevado índice de pobreza multidimensional con necesidades insatisfechas y el acceso a víveres constreñido por las dificultades económicas que impactan directamente en la calidad de vida de las personas y en la salud mental, alimentaria y nutricional de los grupos más vulnerables como son los niños y adultos mayores. La distribución de los núcleos familiares con esta tendencia se concentra en algunos sectores catastrales como El Jardín, Gualoche y San Pablo Bosa en la UPZ Bosa Central; sectores San Bernardino y El Remanso en la UPZ Tintal Sur y, La Independencia y La Paz Bosa en la UPZ Bosa Occidental.

Las causas de este síntoma social pueden estar relacionadas con la compleja inserción en el mercado laboral debido a brechas de carácter

educativo o por la ausencia de empleos y oportunidades que crean marcos de obtención de sustentos en modalidades informales cuyo aporte en términos monetarios resulta ser muy bajo y, por consiguiente, insuficiente para las familias. Bosa, como núcleo urbano en las márgenes del distrito capital, concentra pocas fuentes de empleo, ocasionado desplazamientos diarios en la población por motivos de trabajo y/o sustentos diarios.

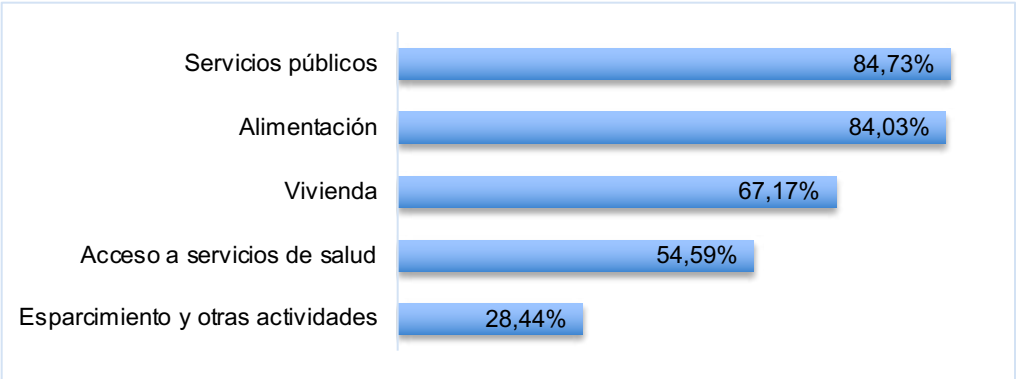
Gráfico 42. Numero de necesidades básicas no satisfechas en las familias



Los datos señalan que tan solo 205 (20,46%) de las familias alcanzan a suplir todas sus necesidades básicas y que más de una cuarta parte de las familias no pueden satisfacer 1 o 2 necesidades básicas; más grave aún, hay casi un 7% que no puede satisfacer ninguna. Cifra que esconde difíciles historias de carencias, sentimientos de insatisfacción y pauperización de la población indígena de Bosa. Los ya referidos datos de ingresos salariales en los que la mayoría de las familias cuentan con solo entre 1 y 2 SMV y que por familia solo trabajan entre 1 o 2 personas, también pueden explicar esta dificultad en la cobertura de necesidades básicas, así como de otras como el acceso al servicio de salud, espacios de esparcimiento y otras referidas por las familias encuestadas.

Así pues, las familias de la comunidad priorizan con los ingresos devengados el pago de servicios públicos 849 (8,73%), la alimentación 842 (84,03%), vivienda 673 (67,17%), dejando en último lugar acceso a servicios de salud 547 (54,59%) y esparcimiento 285 (28,44%).

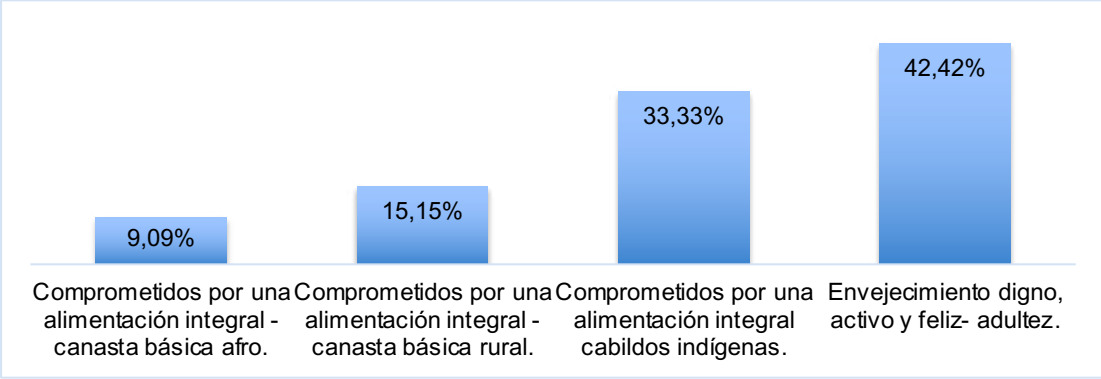
Gráfico 43. Necesidades que pueden ser cubiertas con los ingresos de las familias



Conclusiones. La economía Muisca de Bosa ha mutado de formas de subsistencia y sostenibilidad ambiental hacia formas centradas en el comercio en las que el medioambiente es objeto de explotación indiscriminada y la distribución de los bienes producidos se rige por las lógicas del mercado

De las 1002 familias encuestadas solo 19 (1,9%) afirman recibir beneficios del gobierno; de estas, la mayoría (n=14; 42,42%) se refieren a “Envejecimiento digno, activo y feliz - adultez” y un 33,33% (n=13) a “Comprometidos por una alimentación integral - cabildos indígenas”. Se identifica que solo 19 familias de las 1002 caracterizadas reciben alguna ayuda o beneficio del estado o de la comunidad, generando una respuesta específica a la población de vejez y a la necesidad alimentaria.

Gráfico 44. Tipo de beneficios del gobierno o comunidad recibidos por las familias



En suma, todos los elementos anteriormente expuestos hacen que la hipótesis de una situación económica insatisfactoria e insuficiente para la comunidad se termine de constatar, y con ella, la suposición de francas inequidades en un importante determinante de la calidad de vida, la salud y la enfermedad. La persistencia de esta situación permite prever un deterioro físico, espiritual, social y moral, tanto de las familias como de sus miembros, con los consecuentes impactos en la vida colectiva y la preservación biológica y cultural Muisca de Bosa.

y el dinero. Esto ha llevado a que las personas padezcan múltiples necesidades y afectaciones en su calidad de vida derivadas de ingresos económicos insuficientes y que se acentúa ante una importante ausencia de ahorros pensionales (62,6% de los mayores de edad). A nivel familiar, trabajan mayoritariamente 1 o 2 miembros (76%) quienes reciben ingresos entre 1 y 2 SMMLV (71%) o menos de esto o ningún ingreso (17%) que en general no les permiten suplir sus necesidades básicas a casi el 80% de las familias y que muchas de ellas no tienen satisfechas 1 (26,2%) o 2 (26,7%) de ellas y muchas otras no logran satisfacer ninguna (7%). El esparcimiento y el acceso a servicios de salud son las necesidades que con mayor frecuencia se quedan sin satisfacción y solo el 1,9% de las familias recibe algún tipo de beneficio del gobierno.

De este modo, solo 3,69% de las familias viven en fincas o casa lotes que les permitan el desarrollo de prácticas productivas tradicionales y saludables; un 9,8% de las familias no tienen casas de cemento y un 65% no tienen una vivienda propia. Las familias son principalmente nucleares (61,6%), otras monoparentales (17,8%) y en menor medida extensas que responden a la estructura familiar tradicional. Sin embargo, en los hogares de estas

familias habitan 4,1 personas en promedio (en el resto de la sociedad es de aproximadamente 3) pero cuentan mayoritariamente con solo 2 o 3 habitaciones y un baño (69%). Algunas viviendas no cuentan con diferentes servicios públicos.

2.7. Cultura

Esta categoría busca reconocer como el desuso de las prácticas ancestrales y costumbres, influyen en el manejo de la sanación, la armonía, el equilibrio e influencia en la salud de la comunidad y la apropiación de los saberes y prácticas propias, así como el interés en su recuperación y fortalecimiento. Para esto se definen tres (3) grupos de variables, por su relevancia para el análisis se destacan las variables asociadas a prácticas de usos y costumbres, hábitos de cuidado en su sección individual, prácticas culturales y prácticas de crianza en su sección familiar.

Las formas y expresiones culturales de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa guardan una relación directa con todos los elementos del cosmos y las dimensiones de la sociedad, lo cuales son interpretados a partir de la cosmovisión y lo usos y costumbres, siempre en la perspectiva de actualización permanente de acuerdo con las exigencias de los tiempos que ha ido viviendo la comunidad a lo largo de su historia. El Plan de Vida describe esta categoría de la siguiente manera:

En la configuración de la identidad cultural marcada por los legados ancestrales de relacionamiento con el territorio y las prácticas de vida del mundo contemporáneo, la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, percibe prácticas cotidianas de los saberes transmitidos generacionalmente en los “clanes familiares”, los cuales vislumbran dinámicas propias de la comunidad en torno a creencias, costumbres, tradiciones, oficios, cosmovisión, cosmogonía, percepción de la vida y la muerte [...] [en] el sistema de dinámicas propias de la Comunidad Indígena

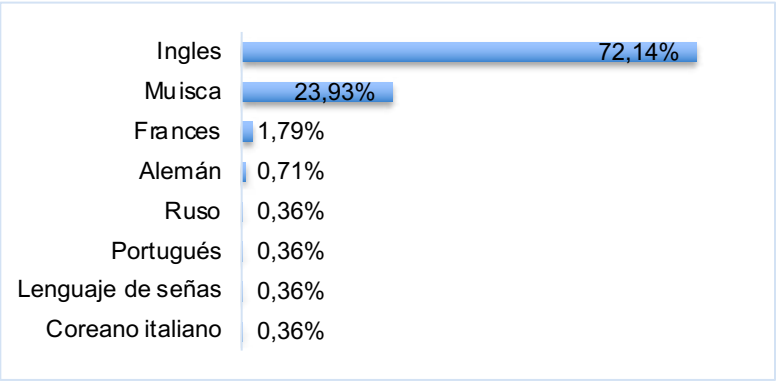
na Muisca de Bosa convergen de lo familiar a lo comunitario. Principalmente se identifica el arraigo territorial de los comuneros, donde se vislumbra el conocimiento y las enseñanzas de prácticas asociadas a la siembra y con ello a los ciclos naturales para la agricultura, mimetizando el conocimiento ancestral de la construcción manual de sistemas hidráulicos que fueron extensiones de las cuencas hídricas de lo que hoy se conoce como los ríos; Tunjuelito y Bogotá (CIMB, 2020a, p,33)

Para la categoría de cultura se definieron 3 asociaciones entre variables, clasificadas de la siguiente manera:

2.7.1. Sección Individual

Práctica de usos y costumbres y hábitos de cuidado propios. La proporción de personas (23,9%) que afirman hablar Mhuysqhubun (lengua Muisca) debe tomarse con precaución, pues la imposición del castellano durante el siglo XVIII conllevó a su desuso total en Bosa y en la actualidad no existen hablantes cotidianos de la lengua. Lo que existe, son una serie de personas (n=67) que con diferentes niveles conoce determinados aspectos de la lengua (sin que esta variabilidad hubiera podido ser inspeccionada en la encuesta aplicada).

Gráfico 45. Idiomas diferentes al español hablados por comuneros y comuneras



Por este motivo, entre estas personas pueden encontrarse desde quienes conocen apenas algunas palabras que se han preservado o recupe-

rado, hasta académicos y personas de la comunidad que han investigado el Mhuysqhubun a profundidad en sus aspectos fonéticos, sintácticos o gramaticales, generalmente con miras a su reconstrucción; pero en realidad, ellos tampoco son hablantes cotidianos de la lengua ni tampoco existen en la comunidad personas o familias que se comuniquen con ella. Lo que sí es cierto, es que desde el cabildo se impulsan acciones que buscan su recuperación como componente esencial en el reconocimiento del ser indígena y su conexión con la cultura, la historia y los conocimientos ancestrales.

Se observa que una gran mayoría de personas participantes de la muestra (n=2826) se autorreconocen como indígenas, 383 (11,84%) son adoptados por la comunidad, 3 (0,09%) son mestizas y 22 refieren no pertenecer a ninguna comunidad étnica.

De la población indígena autorreconocida el 99,79% refiere pertenecer al pueblo Muisca, de las cuales 2.802 (99,15%) son de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa; lo que refleja una alta concentración en el territorio. En menor proporción se encuentran integrantes de la comunidad Muisca Suba con el 0,71 % (n=20), del pueblo Ambika Pijao el 0,07% (n=2), Cota e Inga. Estos últimos cuentan con un representante dentro del territorio equivalente cada uno al 0,04%.

Esta pertenencia étnica constituye una importante oportunidad para la preservación cultural y el fortalecimiento de asuntos como la participación, el uso de plantas, medicinas y procedimientos de salud ancestral, la recuperación de la lengua, las tradiciones artísticas y culturales, la recuperación del territorio y la ampliación de los derechos indígenas, entre muchos otros que se facilitan ante el reconocimiento casi unánime que las personas tienen de su condición étnica.

En similar sentido, 2971 (91,87%) personas encuestadas se reconocen como indígenas. Respecto a quienes no lo hacen, las razones se asocian con el ser adoptadas por la comunidad, no practicar las

costumbres, no interesarles, ni sentirse identificadas con la comunidad, no tener cercanía a las tradiciones de la comunidad y a sus prácticas y no tener los apellidos o los rasgos físicos propios.

Como antítesis de la arraigada pertenencia étnica y el autorreconocimiento, en la sociedad bogotana y colombiana persisten rasgos discriminatorios y excluyentes que atentan contra la dignidad y derechos de los miembros de la comunidad; las 397 personas (12,3%) que declararon haberse sentido discriminadas por pertenecer a la Comunidad Indígena son su reflejo. Sin embargo, es fundamental no perder de vista que la discriminación es un fenómeno que excede las microprácticas sociales y comunitarias y se instala también en las grandes estructuras sociales, las instituciones, los medios de comunicación, las leyes, las finanzas públicas, la educación, la salud y en general en todos los espacios de la estructura social. La discriminación en los tiempos actuales no solo es inaceptable y anacrónica respecto a la diversidad cultural que se promueve en la constitución, sino una violación de los Derechos Humanos.

Los sitios sagrados de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa son reconocidos por 1676 comuneros que corresponden al 58,09% de la muestra. Aunque este número es relativamente alto, la proporción restante también explicita que estos sitios no tienen el reconocimiento que merecen y requieren dada su importancia en el sostenimiento energético del territorio, la realización de rituales (muchos de ellos en salud), la preservación de la historia propia, la lengua y múltiples conocimientos que allí reposan y que son indispensables para el equilibrio del territorio y sus gentes (incluidas las mestizas).

Una situación similar puede apreciarse respecto a los usos y costumbres de la comunidad: 1527 participantes (52,97%) afirman conocer prácticas de esta importante dimensión de la vida Muisca de Bosa. Los usos y costumbres practican la vivencia de la cultura (cosmovisión, Ley de Origen, lengua, religión, música y danzas, vestimenta, agricultura,

gastronomía, juegos, etcétera) y su materialización en la vida cotidiana, sin la que todo lo anterior carece de sentido vital. Es claro que todos estos usos y costumbres se actualizan, pero su esencia Muisca nunca se pierde; también es claro que en ellos se materializan las ideas sobre la salud y la enfermedad que permiten la armonía.

La alta frecuencia (78,74%; n=2270) de miembros de la comunidad que reconocen o practican los juegos tradicionales también expresa cómo elementos tradicionales de la cultura Muisca de Bosa se perpetúan a pesar de modas e imposiciones occidentales. Entre los juegos autóctonos de la comunidad se pueden contar el turmequé (tejo), la rana, el bochoclo, las rondas infantiles, las varas de premios, entre otros. Es célebre el Festival Jizca Chía Zhue propio de la comunidad de Bosa que ha sido objeto de un plan de salvaguarda que persigue, además de su conservación, su inclusión en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito distrital, pero también los juegos del Kynzha que, en los últimos años han tomado gran relevancia y constituyen un importante referente cultural.

Tabla 24. Celebraciones tradicionales o culturales que se recuerdan

Celebraciones Tradicionales o Culturales	Frecuencia	Porcentaje
Festival Muisca De Bosa	2120	96,45%
Barra De Premios	1285	58,46%
Cambios De Fuego	774	35,21%
Camino De Sanación	718	32,67%
Otras Celebraciones*	8	0,36%
Total	2198	100,00%

*Nota: Actividades de cabildo, Artesanías, Asamblea, Bendición de la semilla, año nuevo Muisca, Bendición fe la semilla, Ceremonias familiares, Juegos, y Pagamentos

De los 2198 (67,96%) comuneros y comuneras caracterizadas que recuerdan celebraciones o tradiciones, 2120 (96,45%) recuerdan el festival Muisca de Bosa, 1285 (58,46%) la barra de premios, 774 (35,21%) el cambio de fuego y 718 (32,67%) el camino de sanación. Estas celebraciones tradicionales y culturales se encuentran asemilladas en la me-

moria de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, tienen por supuesto un alto valor cultural e histórico y han sido transmitidas intergeneracionalmente durante largo tiempo, algunas por siglos, y son salvaguardadas en la actualidad.

Algunas guardan una evidente relación con la salud como los caminos de sanación, los cambios de fuego y los pagamentos; pero todas se relacionan con la armonización y el equilibrio de una u otra manera, pues dado el carácter sistémico de la cosmovisión Muisca, sus aspectos y elementos están interconectados y juegan un papel específico asignado desde la Ley de Origen y que cobra sentido en el orden del universo y la sociedad. De hecho, todas las celebraciones, ceremonias y festivales son un multivariado escenario de expresiones culturales que representan lugares de sanación como el tejido, la danza, la música, los alimentos, las bebidas tradicionales, las plantas y los remedios, los cuales son compartidos profusamente durante estos espacios.

Tabla 25. Realización de prácticas culturales

Celebraciones Tradicionales o Culturales	Frecuencia	Porcentaje
Festival Muisca De Bosa	2120	96,45%
Barra De Premios	1285	58,46%
Cambios De Fuego	774	35,21%
Camino De Sanación	718	32,67%
Otras Celebraciones*	8	0,36%
Total	2198	100,00%

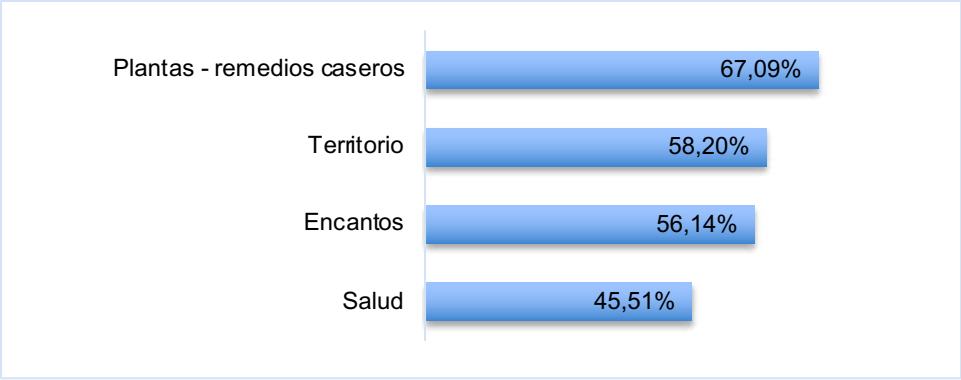
*Nota: Agricultura, Juego tradicionales, Medicina tradicional, Carpintería, Dibujo, Manualidades, Pintura, Agroecológico, Alimento, Bordado, Centro Día, Coser a máquina, Diseño, Bisutería, Ganadería, Jóvenes, Marroquinería, Servicios comunitario, Siembra en materas, Tejo, Telar, Tratamiento con plantas.

Los datos reportan 651 personas de la muestra (20,12%) que realizan alguna práctica cultural, principalmente tejido (n=344), danza (n=212), música (n=148) y artesanías (n=125). En general, se pueden relacionar con el interés de la comunidad por su pervivencia a través de la práctica constante. Pero a pesar de ello, se detectó un porcentaje significativo de personas que no respondieron la

pregunta, posiblemente indicativo del desconocimiento de estas prácticas culturales.

En este sentido también son reveladoras las respuestas que, aunque de poca frecuencia, expresan la interculturalidad de estas prácticas en el proceso de reconfiguración cultural ante la transformación del suelo de rural a urbano que con el tiempo ha logrado modificarlas. Entre ellas, la siembra, la tenencia de animales propios para el consumo y la ganadería, entre otros, que hoy la comunidad busca preservar en armonía con los tiempos y posibilidades actuales.

Gráfico 46. Temas de los relatos de la tradición oral escuchados en las familias



*Nota: siembras y predicción del clima 0,08%

De las 2428 (75,07%) personas encuestadas que afirman haber escuchado relatos de tradición oral en sus familias, 1629 (67%) lo han hecho de plantas y remedios caseros, 1413 (58,2%) de territorio, 1363 (56,14%) de encantos, 1105 (45,51%) de salud, 1 (0,04%) de siembras y otro de predicción del clima. Estos datos reflejan el fuerte arraigo que hay en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa por la transmisión intergeneracional de saberes a través de la oralidad, tradición indígena por excelencia que, como se observa, se ha mantenido en el tiempo y ha permitido conservar los usos y costumbres en las familias de la comunidad, destacando siempre la importancia del territorio y el uso de las plantas por su importancia para la salud individual y colectiva gracias a su fuerte conexión espiritual y ancestral con la Madre Tierra según la cosmovisión.

2.7.2. Sección familiar

Prácticas culturales. El interés de la comunidad por encontrar servicios si el Cabildo tuviera espacios propios son diversos; destacan la IPS Indígena Muisca de Bosa y la droguería propia, cuya experiencia ya la tuvo la comunidad y de la que se recuerdan sus positivos efectos en la salud y la forma en que contribuía a eliminar diferentes barreras y problemas de accesibilidad a medicamentos. En general, las expectativas de la comunidad se concentran en opciones que representan posibilidades para mejorar la salud física y espiritual, pero todas en el marco de los usos y costumbres, la autonomía y el gobierno como únicos caminos para la consolidación de un sistema de salud.

Es indispensable reconocer que la Comunidad Indígena Muisca de Bosa se ha caracterizado por permanecer en su territorio, fomentando la medicina

Tabla 26. Espacios propios qué le gustaría encontrar el Cabildo

Espacio propio	Frecuencia	Porcentaje
Ips indígena muisca de bosa	782	78,0
Droguería propia	640	63,9
Espacios para juegos tradicionales	569	56,8
Espacios para actividades culturales	564	56,3
Casa de medicina	556	55,5
Laboratorio propio	538	53,7
Oficinas del cabildo	521	52,0
Casa sagrada o ceremonial - Quesnay	510	50,9
Espacios para fortalecimiento de huertas comunitarias	496	49,5
Otros*	14	1,4
Total	1002	100,00%

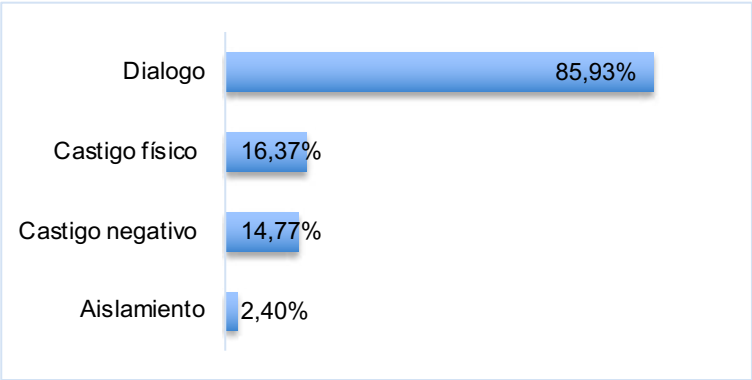
*Nota: Espacios deportivos, Asesoría psicológica, Vivienda, hospedaje, Hotel, Salón Comunal, Biblioteca, Casa del pensamiento UBA RHUA, Supermercado.

propia ancestral según sus usos y costumbres y como pilar fundamental en la salud de la comunidad que conserva el legado millenario de los abuelos sobre la curación y sanación del cuerpo, alma y espíritu. En esto, las plantas sagradas han tenido un rol excepcional, por lo que deben reconocerse como la máxima herramienta de sanación y armonización de la cultura Muisca. Hasta hoy, este legado se ha mantenido a través de los médicos y médicas ancestrales, parteras, sabedores, abuelas y huerteras que comparten su sabiduría y sanación con la comunidad.

Teniendo en cuenta lo anterior y los datos recogidos durante el proceso de caracterización, es evidente la necesidad y el deseo de la comunidad de contar con una IPS propia que brinde atenciones en medicina ancestral/tradicional y que permita de manera libre recrear las prácticas rituales, espirituales y ancestrales de la salud Muisca; una atención que contemple ambos a la comunidad y sus miembros de manera integral, que conserve y respete sus usos y costumbres, teniendo en cuenta su derecho a la salud propia e intercultural y brindándoles las garantías de una atención digna, oportuna, eficaz y diferencial.

Prácticas de crianza. Aunque de las 1002 familias la mayoría (n=861) reconocen el diálogo como la práctica de crianza más utilizada en la comunidad, hay 164 en la que persiste el castigo físico como forma de educación de las semillas Muisca de Bosa. La gran proporción de familias que emplean el diálogo es consistente con la tradición oral y los usos y costumbres Muisca en los que la palabra es el vehículo para el aprendizaje y la comprensión mutua. Esto es coherente con los datos expuestos en el apartado de Justicia propia de este capítulo, donde el diálogo también se puntuó como mecanismo predilecto para resolver problemas internos y externos de las familias y la comunidad y que corroboran la frecuencia y actualidad de esta práctica.

Gráfico 47. Prácticas de crianza identificadas en la cotidianidad de la familia



*Nota: Regaños y Ortiga 0,2%

Pero que la segunda práctica de crianza sea el castigo físico, es un hecho alarmante por pequeñas que sean sus proporciones (que no lo son, 16% de familias), pues ellas significan más el ejercicio de la violencia contra la infancia que formas de guiar e inducir a la cultura y sus reglas. No existe en la cosmovisión Muisca ni en su tradición oral, relato alguno que faculte o recomiende la violencia física contra las semillas. Contra quienes en sus prejuicios creen y afirman que las comunidades indígenas ejercen diferentes formas de maltrato contras sus niños y niñas, se debe recordar que el maltrato contra los más cercanos fue una conducta traída por los europeos durante la conquista.

En efecto, en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa desde la tradición, los usos y costumbres se mantiene una fuerte relación entre la oralidad y la cultura, fomentando siempre el compartir de la palabra para la armonización de la familia; pero también debe ser claro que esto no acarrea la supresión de la obediencia que los menores deben a los mayores de la comunidad y las familias y que sí está consignada en la Ley de Origen.

Sobre esto, el Plan de Vida de la comunidad (que no en vano se denomina “Palabra que cuida Y protege la semilla) ha argumentado ampliamente afirmando que, en la antigüedad, se resaltaba el respeto por los padres y las tareas encomendadas; además, que desde pequeños los niños debían arrear el ganado, levantarse de madrugada

para ordeñar, sembrar, conseguir leña, entre otras actividades que se convirtieron en patrones de enseñanza y formación dentro del sistema de educación propia, y que eran obligatorios, pues de lo contrario, se sometían a los castigos emprendidos para esa época. La familia desempeñaba un rol fundamental en el impartimiento del castigo, “ortigando” al niño por todo el cuerpo, sumergiéndole por un tiempo en el río o amarrándolo a un árbol. Es evidente que eran otros tiempos y que, por el cambio territorial, social y cultural, los castigos no se dan ya de esa manera (CIMB, 2020a)

En suma, los resultados y su análisis destacan el cambio en las dinámicas de crianza avanzando hacia el fomento de buenas relaciones entre los familiares, la escucha, la comprensión, el respeto y la armonización de la educación familiar.

Conclusiones. En la configuración cultural Muisca confluyen aspectos tradicionales que se actualizan en la apropiación de la comunidad de los nuevos tiempos y características territoriales, dando lugar a formas identitarias particulares que transitan entre la ancestralidad y la contemporaneidad que permiten reafirmar el ser individual y colectivo Muisca de Bosa y sus usos, costumbres e historia, pero también materializan ideas y prácticas en salud.

Respecto a lo que tiene que ver con la lengua propia (Mhuysqhubun) la comunidad está en un proceso de identificación del camino más acertado para su recuperación; es de resaltar que algunos de los comuneros se han interesado por desarrollar esta práctica a partir de estudios autónomos o desde las escuelas que han emergido, junto a otras comunidades muisca o en espacios de tipo académico, es así como existen integrantes que reconocen que tienen ciertos saberes, pero no se puede afirmar que sean hablantes de la lengua. Aunque el 91% se reconoce como indígenas y un 12% se ha sentido discriminado por su pertenencia étnica. El 58% de las personas conoce sitios sagrados, el 53% usos y costumbres, 78% juegos tradicionales,

68% recuerdan celebraciones o tradiciones de alta importancia en salud, el 75% han escuchado relatos orales en su familia, y solo 20% realizan prácticas culturales como tejido, danza, música o artesanías.

Respecto a los servicios propios que las familias quisieran encontrar en el cabildo, la disponibilidad de una IPS propia es la prioridad para el 78%, lo mismo que la droguería propia (63,8%). El diálogo sigue siendo la principal práctica de crianza y transmisión cultural, pero también el castigo físico para 16% de las familias. Existe una importante tensión a este respecto, en la que se observa un tránsito desde las perspectivas más tradicionales que propenden por la conservación de prácticas e ideas, hacia el fomento de buenas relaciones entre los familiares, la escucha, la comprensión, el respeto y la armonización de la educación familiar.

2.8. Educación propia

Esta categoría Identifica el nivel de apropiación de los saberes tradicionales/ancestrales en relación con el sistema educativo occidental, su desuso e intención de recuperación de la memoria para el fortalecimiento de los procesos propios del cuidado de la vida. Para esto se definen dos (2) grupos de variables, por su relevancia para el análisis se destacan las variables asociadas a la relación con el sistema de educación occidental y/o educación propia en su sección individual y Transmisión de saberes en su sección familiar.

Es importante antes de entrar en el análisis de los datos de este apartado, reconocer la visión de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa acerca de la concepción de la educación propia según su cosmovisión, para esto se retoma la definición del Plan de Vida 2020:

En la configuración de la identidad sociocultural marcada por los legados ancestrales de relacionamiento con el territorio y las prácticas de vida

del mundo contemporáneo la comunidad Muisca de Bosa, percibe las prácticas educativas en la interculturalidad, de la enseñanza de la cultura, en los aprendizajes y la enseñanza sobre lo propio; y de los conocimientos universales que ayudan al desarrollo del buen vivir. En este sentido desde los diferentes clanes familiares, como base de la organización social y comunitaria, el Sistema de Educación Propia, inicia con los procesos de enseñanza – aprendizaje de las tradiciones y costumbres por parte de las y los Abuelos a los nietos y bisnietos en los ámbitos familiares y comunitarios escolarizados y desescolarizados; los cuales se deben fortalecer a través de los diferentes niveles de formación educativa (CIMB, 2020, pp. 36-37).

2.8.1. Sección Individual

A continuación, se describe la relación de comuneros y comuneras con el sistema de educación occidental y el sistema de educación propia; para

esto se inspeccionó el interés de participación en los procesos de educación propios (mismos que se enmarcan en el fortalecimiento de los usos y costumbres de la comunidad) y el desarrollo profesional u ocupación en asocio a procesos educativos propios y occidentales.

De los comuneros y comuneras caracterizadas, 21% han culminado su educación superior de pregrado en cualquiera de sus tres niveles: técnico profesional, tecnológico o profesional, y 23% cuentan con educación secundaria completa. Solo cerca del 2% cuentan con posgrado culminado y 0,5% estaban cursándolo para el momento de la aplicación de la encuesta. Así mismo, 6,15% tienen estudios de pregrado de los niveles técnicos, tecnológicos o profesionales incompletos (probablemente en curso). El panorama mejora sustancialmente respecto al 2008, donde solo el 0,3% de los comuneros tenían posgrado, el 2,1% estudios universitarios, el 3,1% estudios técnicos, el 0,8% estudios tecnológicos y el 17% secundaria completa (CIMB, 2009).

Tabla 27. Nivel educativo de acuerdo con el sistema educativo occidental

Nivel educativo	Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Básica primaria completa	2,33	20,58	20,58	2,01	12,22	33,62
Básica primaria incompleta	3,10	61,73	61,73	2,01	5,35	27,62
Básica secundaria completa		2,47	2,47	35,85	28,54	11,13
Básica secundaria incompleta		6,17	6,17	4,86	13,13	14,56
Ninguno	37,21	0,82	0,82	0,17	1,04	2,57
Posgrado completo				1,84	3,06	
Posgrado incompleto				1,17	0,42	
Preescolar	57,36	7,82	7,82	0,17	0,00	0,43
Superior completa				11,89	11,60	2,57
Superior incompleta				12,06	2,43	1,28
Técnica completa		0,41	0,41	15,08	13,19	5,14
Técnica incompleta				3,35	1,88	0,21
Tecnológica completa				8,21	6,46	0,86
Tecnológica incompleta				1,34	0,69	
Total	100	100	100	100	100	100

*Nota: *fuera del sistema educativo(desescolarizado)*

Estas cifras son significativas porque muestran el reconocimiento de la educación occidental como aspecto importante (pero insuficiente por su carencia espiritual y ancestral) en el progreso de las personas, clanes y la comunidad, en la superación de la pobreza económica y en el mejoramiento del buen vivir y la salud. El 30% de la población (12,31% que no terminó su educación básica primaria, 16,02% que no hizo secundaria y 2,47% que nunca ha cursado estudios) está en riesgo, ya que su bajo nivel educativo solo les permite acceder a empleos informales donde pierden su acceso a servicios médicos, atención por accidentes, enfermedades o invalidez por el trabajo, y ahorrar para su pensión y retiro.

Sobre las cifras, es impajaritable denunciar que, hoy por hoy, el analfabetismo resulta inaceptable y es expresión del abandono estatal, la exclusión y la discriminación hacia la comunidad Muisca de Bosa por parte del modelo educativo formal que desconoce las particularidades étnicas y no brinda espacios suficientes y culturalmente apropiados para la educación de la población indígena.

Tabla 28. Personas estudiando actualmente en el sistema educativo occidental según momento de curso de vida

Momento de curso de vida	No	%
Primera Infancia	77	8,0%
Infancia	227	23,6%
Adolescencia	324	33,7%
Juventud	225	23,4%
Adultez	103	10,7%
Vejez	5	0,5%
Total	961	100,0%

De las 3234 personas participantes en la muestra, solo 961 (29,7%) estudian actualmente; pero al desagregar las cifras según el momento de curso de vida, la mayoría corresponde a momentos de adolescencia, juventud e infancia en una frecuencia que se compagina con lo esperado. A pesar de lo anterior, las pocas personas en vejez que estudian podrían expresar el interés y la persistencia de algunos, pero también resistencias y

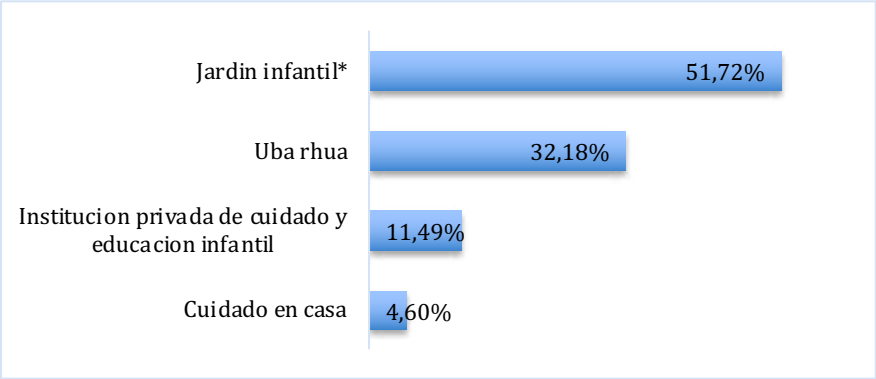
dificultades para desarrollar actividades académicas para este grupo de edad, que requieren de un enfoque diferencial que las haga atractivas y accesibles. Respecto al sexo de los comuneros en calidad de estudiantes se encuentra una similitud pues el 49.94% son mujeres y el 50,06% son hombres.

De las personas que actualmente estudian, 543 (56,50%) lo hacen en una institución pública y 400 (41,62%) en un privada. Asunto de consideración dada la brecha existente en el país en la calidad educativa entre instituciones públicas y privadas en la que las segundas suelen obtener mejores resultados (Latorre, 2016). Esta situación además es una muestra de cómo la baja capacidad económica de las familias de la comunidad les impide acceder a instituciones privadas por los costos elevados y de la imposición del sistema educativo público como única opción. Como resultado, se alcanzan solo los mínimos básicos de aprendizaje, se afecta el pensamiento crítico, así como el desarrollo social, político y económico de la comunidad Muisca de Bosa con deletéreos efectos en su productividad, la distribución del ingreso y los resultados de pobreza.

Del total de la muestra 129 participantes son niñas y niños menores de 5 años; de ellos, 87 (67,44%) asisten a algún espacio de cuidado. Su distribución por tipo de espacio de cuidado al que asisten muestra que existe preferencia de los padres participantes en que sus hijos ingresen a jardines infantiles del ICBF, de Integración Social o privados (51,72%) que no incluyen la educación inicial indígena a pesar de la existencia de la Casa de Pensamiento Intercultural Uba Rhua que promueve un enfoque étnico y diferencial.

Aunque en esta caracterización no se indagaron las razones de este comportamiento, se puede deducir que una insuficiente promoción de este tipo de atención diferencial y reconocer que las niñas y los niños de la comunidad la requieren para que no pierdan sus raíces podrían en parte explicarlo. Allí se desarrollan actividades de jue-

Gráfico 48. Tipo de espacios de cuidado al que asisten los menores de 5 años



*Nota: (ICBF integración o privado)

go, arte y literatura que posibilitan que reconozcan su condición étnica y cultural. En este sentido, se está perdiendo una gran oportunidad para arraigar la cultura ancestral Muisca desde las semillas, pues si bien la educación occidental brinda herramientas importantes, la formación integral del ser Muisca exige, insoslayablemente, la influencia de la educación propia.

Tabla 29. Motivo de desescolarización en comuneros y comuneras entre 5 - 18 años

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Termino secundaria recientemente	5	31,3%
Acoso escolar	3	18,8%
Falta de interés	2	12,5%
Problemas económicos	2	12,5%
Diferencia en la atención especial	1	6,3%
Estado de embarazo	1	6,3%
Debo validar	1	6,3%
Otros motivos	1	6,3%
Total	16	100%

Se identificaron 16 personas que tienen entre 5 y 18 años y no se encuentran estudiando, las cuales aducen como causas de su desescolarización, los problemas económicos, ocurrencia de acoso escolar o bullying y de la falta de interés por estudiar. Estas causas son similares a las encontradas a nivel nacional y suelen estar interconectadas. A pesar de ser un número relativamente pequeño, a esta situación siempre le interesa el impacto

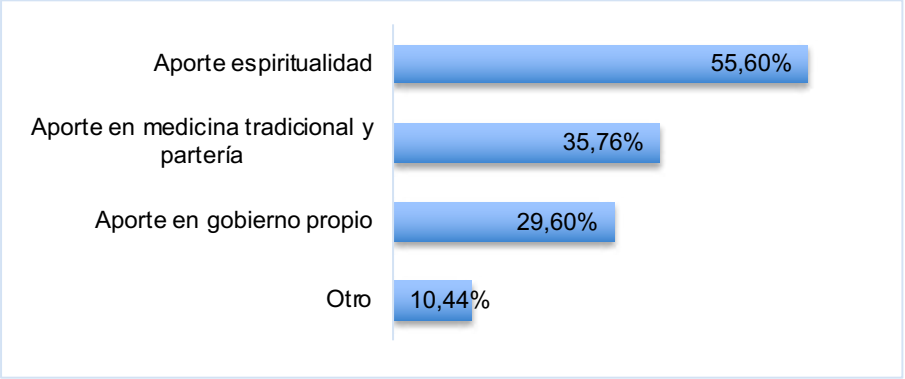
negativo en el desarrollo individual y social de las semillas y jóvenes, y limita sus oportunidades de concluir su educación formal y acceder a un empleo digno, mejorar su calidad de vida y contribuir al desarrollo comunitario.

2519 (77,89%) participantes de la caracterización informan que les gustaría haber recibido o recibir Cátedra Muisca en su colegio. Esto refleja que existe un gran interés por conocer, apropiarse y mantener el legado Muisca vigente, de tal manera que la Cátedra se vislumbra como una herramienta de educación valiosa no solo para recuperar la memoria ancestral del territorio y la geografía sagrada de la cultura indígena Muisca, sino también para reflexionar sobre la amenaza de extinción que pesa sobre ella y sobre la necesidad urgente de idear acciones efectivas para su revitalización y valoración.

2065 (63,85%) personas refieren nunca haber participado en espacios educativos propios del Cabildo. Este resultado además de mostrar cierto desinterés de la población por aprender, formarse y fortalecer los saberes propios Muiscas puede indicar que hace falta una mayor promoción de estos espacios y la necesidad de continuar trabajando en el mantenimiento de la identidad y el reconocimiento cultural. Ya con anterioridad se han identificado y mencionado mecanismos de convocatoria y temas a desarrollar que podrían permitir una mayor acogida.

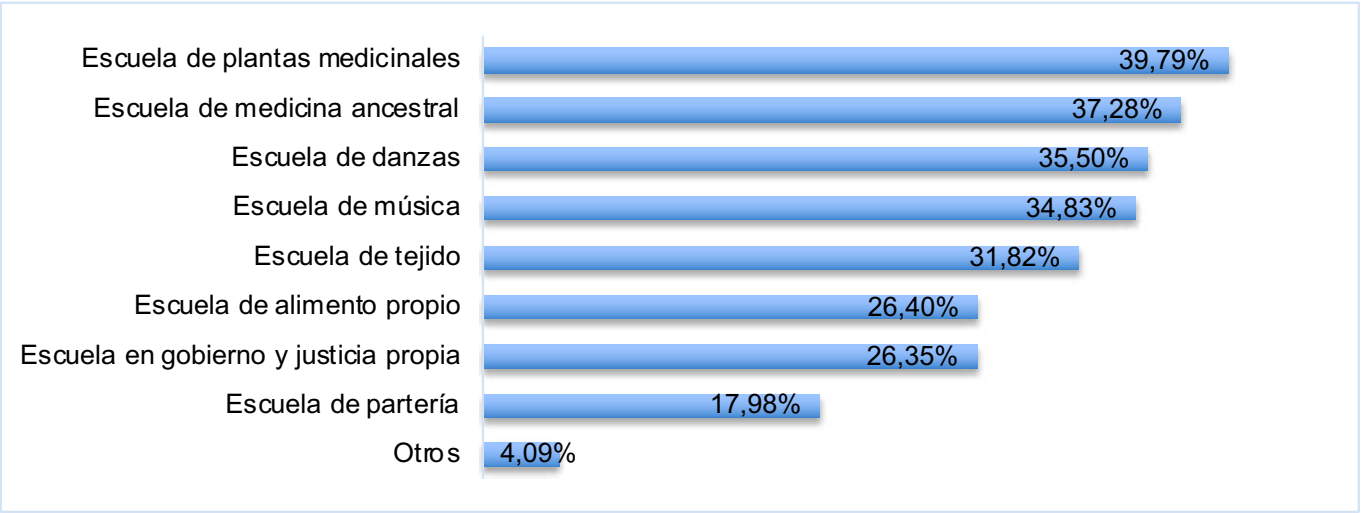
Como muestra de la importancia de estos espacios y de la sensibilidad de la no participación de las personas en ellos, 1169 (36,15%) comuneros y comuneras asistentes a estos espacios educativos propios manifiestan haber recibido valiosos aportes para su vida como resultado de su participación en espiritualidad, en medicina tradicional y partería, y en gobierno propio en 650, 418 y 346 casos respectivamente. Los tres aportes son valiosos por ser parte de los pilares fundamenta-

Gráfico 49. Aporte de los espacios educativos propios del Cabildo



les que, dentro de la cosmogonía y cosmovisión Muisca permiten conocer y conservar los saberes ancestrales; pero, además, estos espacios educativos son claves en la transmisión intergeneracional de saberes y la pervivencia, para fortalecer y reconocer la identidad de la cultural Muisca.

Gráfico 50. Deseo de participar en los espacios educativos propuestos por el Cabildo



Finalmente, 1958 (60,54%) manifestaron su deseo de participar en espacios educativos, teniendo como principales intereses la escuela de plantas medicinales (n=779) y la escuela de medicina ancestral (n=730). Existe entonces un alto porcentaje de la comunidad con interés de participar en espacios educativos propios y por tanto enmarcados dentro de los usos y costumbres que han sido transmitidos intergeneracionalmente por los abuelos. Se destaca también el deseo de aprender sobre las danzas, el tejido, el alimento

propio, el gobierno y justicia propia, y la partería. Todo esto lleva a la apropiación de estos saberes y a la pervivencia de la cultura Muisca.

2.8.2. Sección Familiar

La Comunidad Indígena Muisca de Bosa se caracteriza por tener una riqueza cultural en

sus saberes ancestrales, mismos que con gran esfuerzo individual y colectivo se han transmitido de generación en generación hasta hoy, teniendo siempre en mente que su aprendizaje y enseñanza inician en cada una de las familias, pues la principal armonización se hace en el hogar y el niño Muisca empieza a aprender desde el vientre. Sin embargo, estos saberes ancestrales se han visto permeados por los diferentes

cambios en el territorio y por las dinámicas citadinas, impactando grandes tradiciones como en el tejido, por la prohibición de la tenencia de animales proveedores de lana; la agricultura, por la transformación y contaminación de la tierra; o en la medicina ancestral/tradicional, por la falta de territorio y espacios para la atención y la realización de rituales.

Todo lo anterior genera una afectación directa en la práctica de los usos y costumbres de la co-

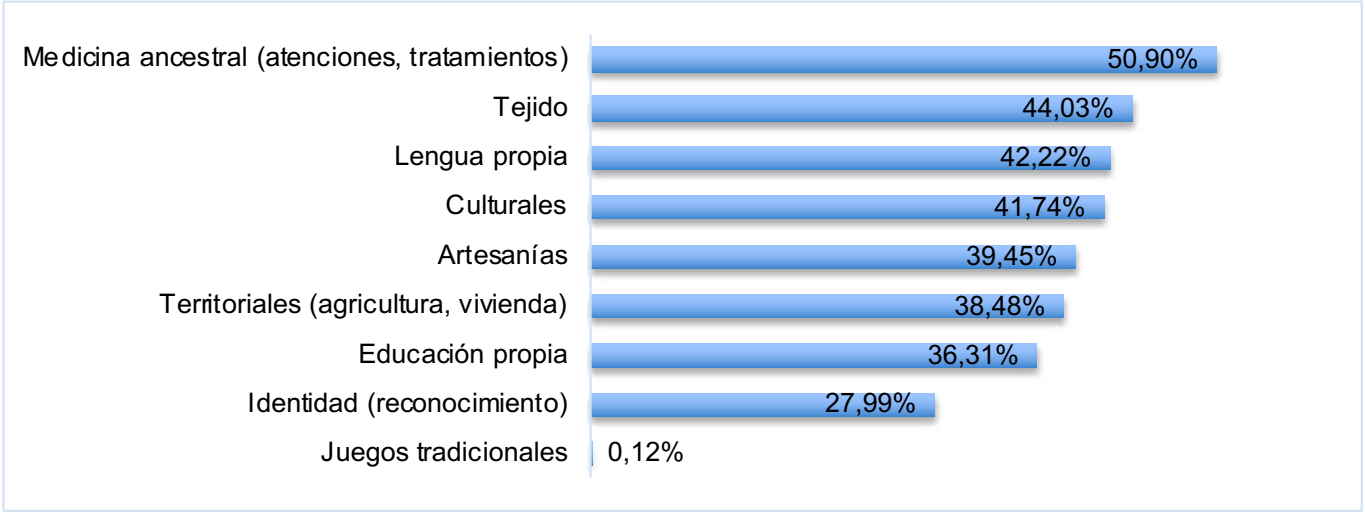
munidad y por ende en su salud. Por ello, es necesario continuar trabajando en fortalecer estos procesos educativos propios a partir de espacios de diálogo con los padres, abuelos, tías y otros familiares, creando y promoviendo metodologías propias que permitan recrear y transmitir los saberes heredados por los abuelos, abuelas y mayores y restablecer y mantener la labor pedagógica del clan y la familia. Con este fin, esta caracterización se propuso identificar los saberes ancestrales que permanecen, se quieren recuperar o fortalecer en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa.

Transmisión de saberes. De las 1002 familias caracterizadas, se encontró que 829 (82,73%) tienen interés en recuperar, fortalecer o aprender un saber ancestral. En estos procesos de recuperación, fortalecimiento y aprendizaje destaca el interés de las familias por la medicina ancestral con 422 grupos familiares; después, el tejido con 365 grupos familiares que lo identificaron como el segundo saber ancestral de mayor interés; y, en tercer lugar, la lengua propia por 355 grupos familiares.

Conclusiones. En cuanto a educación occidental, el 23% de la población es bachiller, 21% técnico, tecnólogo o profesional y solo el 2% tiene formación de posgrado, cifra inferior al 2,47% de personas que nunca han cursado estudios. Actualmente, el 23% de la comunidad estudia, 56,5% de ellos en una institución pública y el 41,6% en una privada. De los menores de 5 años 67,4% asisten a algún espacio de cuidado, principalmente a jardines infantiles y la UBA RHUA y 16 personas que tienen entre 5 y 18 años no se encuentran estudiando. Por otra parte, el 77,8% participantes de la caracterización informan que les gustaría haber recibido o recibir la Cátedra Muisca, pero 63,8% personas refieren nunca haber participado en espacios educativos propios del Cabildo, pero el 36% restante han encontrado en estos espacios importantes aportes espirituales, médicos y políticos. En similar sentido, 60% de la muestra desea participar en espacio formativos propios como la escuela de plantas medicinales (39,7%) y la escuela de medicina ancestral (37,2%).

Como agente educador, la familia juega un papel fundamental en la comunidad y la recuperación, transmisión y preservación de conocimientos ancestrales que han cambiado con la transformación del territorio. Entre los principales saberes que estas familias desean recuperar se encuentran la medicina ancestral, el tejido y la lengua propia.

Gráfico 51. Tipo de saber ancestral que la familia desea recuperar, fortalecer o aprender



Capítulo III. Tejido de problemas y estantillos



A riesgo de parecer repetitivos, es necesario insistir en que la cosmovisión indígena de la comunidad Muisca de Bosa es integral y sistémica y que atender a ello es condición para comprender su cultura, su pensamiento y sus procesos de salud y enfermedad. En consecuencia, un entendimiento profundo del sentido que tienen los hallazgos descritos en los capítulos anteriores obliga la adopción de una mirada compleja que trascienda la unicausalidad, permitiendo apreciar la existencia de conexiones entrelazadas entre diferentes dimensiones de la vida y el ser Muisca y un enfoque transcultural que reconozca que la dialéctica entre ancestralidad y contexto urbano ha dado paso a una nueva realidad cultural en la que ambas fuerzas se conjugan.

Con este propósito y perspectiva, el capítulo busca analizar un conjunto de 14 nudos problemáticos identificados, entretejiendo relaciones entre ellos y las categorías y estantillos del Plan de Vida Muisca de Bosa, permitiendo así comprender la diversidad de sus raíces e impactos al interior de la población y el territorio indígena. Se trata entonces de problemas: aquellos aspectos más difíciles para la comunidad actual y para los cuales es más necesario emprender un arduo trabajo y que requieren ser analizados con mayor detenimiento y perspectiva crítica.

Por su puesto no se trata de que en la comunidad todo esté mal, pues no hubiera sido posible su

pervivencia milenaria. Ya se detalló en los anteriores capítulos y se verá más adelante que son muchas las fortalezas y oportunidades con las que cuenta la comunidad y muchas también las acciones que se han desarrollado y se desarrollan actualmente para el fortalecimiento de la cultura y la salud en un proceso dialéctico de conservación y transformación. Claro ejemplo son los esfuerzos para desarrollar el presente proceso de caracterización y en general todo el contrato interadministrativo 5141949-2023.

Para la definición de los nudos problemáticos se tuvieron en cuenta: i) los resultados estadísticamente significativos descritos en los primeros capítulos, emanados de la aplicación de las encuestas individuales y familiares; ii) las necesidades en salud y calidad de vida que a lo largo del tiempo la misma comunidad ha decantado y priorizado; y iii) los intereses comunitarios y organizativos en ejercicio del derecho a la autonomía y al gobierno propio en salud, entendiendo que la presente caracterización, por su amplitud y representatividad, también tiene un alto valor social y político. La siguiente tabla presenta los resultados de la valoración de estos criterios.

Los siguientes apartados presentan el resultado del tejido de relaciones por estantillos o categorías de los 14 nudos problemáticos definidos.

Tabla 30. Nudos problemáticos de la caracterización

Estantillo	Nº	Nudo problemático	Datos estadísticamente significativos	Necesidad priorizada en salud, medicina ancestral, partería o calidad de vida	Interés comunitario u organizativo	Total
Medicina tradicional y salud	1	Reducido conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral	Si	Si	Si	3
	2	Significativas desarmonías espirituales y de pensamiento	Si	Si	No	2
Partería	3	Retos para pasar del reconocimiento al uso de la partería	Si	Si	Si	3
	4	Contradicciones entre la planificación familiar y la continuidad biológica y cultural	Si	No	Si	2
Territorio	5	Pérdida y transformación del territorio ancestral	No	Si	Si	2
	6	Contaminación territorial	No	Si	Si	2
Espiritualidad y pensamiento propio	7	Afectaciones y desuso de prácticas espirituales	Si	Si	Si	3
	8	Mortalidad por desarmonías crónicas y cáncer	Si	Si	No	2
Economía y sustentabilidad propia	9	Situación de pobreza generalizada en la comunidad	Si	Si	Si	3
	10	Transformación de prácticas productivas y económicas	Si	Si	Si	3
Gobierno y justicia propia	11	Insuficiente participación en el gobierno propio	Si	Si	Si	3
	12	Desconocimiento y desuso de la justicia propia	Si	Si	Si	3
Cultura	13	Ambivalencias entre el deterioro y la recuperación de las prácticas culturales	Si	Si	Si	3
	14	Dificultades de participación en espacios de transmisión de saberes propios	Si	Si	Si	3



3.1. Estantillo de Medicina tradicional y salud

Nudo 1: Reducido conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral. Múltiples razones se conjugan para explicar el desconocimiento y desuso de la medicina ancestral en la Comunidad Indígena Muisca de Bosa, (que llega al 89,27%) y múltiples también son los efectos que este problema genera en el todo de su sociedad. Muestra de ello es la transformación del territorio que supuso cambios en sus usos que a su vez conllevaron la desaparición de prácticas (agropecuarias y espirituales) que permitían la revitalización y transmisión de saberes en medicina propia y salud. De este modo, se configuró una relación circular en la que la extinción de saberes (p.e. el cultivo de plantas y alimentos, la tenencia de animales para el autoconsumo o el dialogo permanente entre los integrantes de la familia) agudiza aún más la pérdida de prácticas de armonización (p.e. tejido de lana, cultivo de plantas medicinales o acciones rituales en sitios sagrados)¹⁰ y cuya disminución es a su vez un nuevo impulso a la carencia de los saberes en medicina ancestral. Lo anterior, ha sido así durante 500 años y los efectos hoy son palpables¹¹.

La contaminación del río Tunjuelo es un hito de la trasformación territorial Muisca de Bosa, observado con resignación y tristeza por las generaciones mayores quienes presenciaron su progresivo deterioro, dejando de ejercer o

¹⁰ Escenario que se ratifica con los resultados de la caracterización donde las familias refieren un interés importante en la recuperación de saberes y prácticas como la medicina ancestral, con un 50,9%, el tejido con un 44% y la lengua propia con 42,2%.

¹¹ Los datos de la caracterización muestran que, aunque el 58,6% de los comuneros participantes refieren reconocer la práctica de medicina ancestral, el 89,2% admiten conocer poco o nada de la misma y tan solo un 17,4% participa en estos procesos. Además, a pesar de que el 65% conoce y usa plantas medicinales, es evidente su poca disponibilidad en el territorio, pues los espacios destinados para su cultivo se han reducido con la urbanización; aunque el 63,5% reconocen enfermedades propias, 80,9% no las han tratado con medicina ancestral.

disminuyendo la trasmisión de saberes y prácticas que allí tenían lugar. La contaminación también limitó la producción y el acceso a recursos de valor en salud como los alimentos propios (animales y vegetales) que, además generaban excedentes económicos que dignificaban las condiciones de calidad de vida de las personas. Con la pérdida de estas prácticas por supuesto también deviene una disminución en los saberes que las determinan y explican.

También la distancia que deben recorrer las familias (5 Kilómetros mayoritariamente) para recibir servicios en la casa de medicina y pensamiento de la comunidad unida a las dificultades y costos para su desplazamiento, constituyen un hecho que restringe la apropiación y uso de la medicina ancestral e influye en la preferencia de las personas por asistir a los servicios sanitarios institucionales. Así, además del deterioro circular entre reconocimiento, práctica y saberes de medicina ancestral, la disminución de su importancia para el equilibrio del ser lleva a las familias a consultar alternativas más “eficientes” para tratar sus necesidades en salud que suministran tratamientos que se perciben como más especializados y que gozan del reconocimiento de la medicina académica occidental.

Sobre este problema, desde el estantillo de Espiritualidad y Pensamiento Propio es posible comprender que la pérdida de saberes espirituales desde la colonia, la evangelización y la desconexión con los sitios sagrados desvirtuaron el pensamiento propio y los usos y saberes sobre las plantas medicinales que a la larga ingresaron en un proceso de disminución de su credibilidad y del lugar que históricamente han ocupado en la salud y la preservación de la vida indígena Muisca de Bosa. Así, el uso de plantas y los rituales en salud quedaron relegados a un segundo plano (como acompañamiento a tratamientos occidentales o como medidas paliativas en casa), disminuyendo la asistencia a consultas de medicina ancestral (en la actualidad 17%) y su reconocimiento en las familias (casi 30% no la conoce), las

cuales ante necesidades de atención urgente optan por asistir a centros de salud alopáticos que desconocen la interculturalidad que permite la armonización integral.

En similar sentido el sincretismo religioso, al promover la creencia en el dios católico estimuló la estigmatización del saber en torno a plantas medicinales y sagradas, tachando a quienes lo practicaban de yerbateros o brujos “que hacen mal en vez del bien”. Por ejemplo, plantas como el tabaco se asociaron (y aún hoy) con asuntos oscuros o rituales malévolos.

Por otra parte, este nudo guarda relación con Gobierno y Justicia propia, pues el derecho de la comunidad a tener una medicina occidental y ancestral articuladas no ha sido del todo materializado; más aún cuando las IPS no tienen la preparación suficiente para garantizar una atención diferencial para la sanación de los comuneros. Además, debe considerarse que, primero, la comunidad no cuenta con mandatos de gobierno propio para acciones en medicina ancestral; segundo, que el distanciamiento geográfico de muchas familias de la comunidad con el cabildo por la segregación espacial impide el reconocimiento de prácticas y actividades; y, tercero, que los médicos ancestrales (siendo parte fundamental del gobierno y la comunidad) no cuentan con un mecanismo claro que avale su conocimiento ancestral, lo cual incrementa la desconfianza de esa parte de la población distante de la tradición. Todo esto influye en el conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral, pues afecta su legitimidad, credibilidad y consolidación.

Así mismo, es necesario observar que, dentro del proceso político organizativo de la comunidad, saberes como la medicina ancestral no siempre han gozado del acompañamiento y orientación requerida desde las autoridades, así como tampoco se ha logrado la inclusión de su operación en los mandatos del cabildo, lo que reduce la confianza al no tener el respaldo visible del proceso de gobierno propio. Paradójicamente, una

de las consecuencias de la reducción del uso de prácticas de medicina es que, precisamente, deslegitima y ralentiza la consolidación de un gobierno propio; de allí también su urgencia. En este orden de ideas se evidencia la necesidad de contar con una IPS propia, algo demandado por más del 86% de las personas caracterizadas.

Desde el estantillo de Economía Propia y Sostenibilidad, el desconocimiento por parte de las autoridades sanitarias occidentales de la formación, sabiduría y experiencia de los médicos ancestrales impide asegurar para ellos o para quienes desean aprender el oficio, los ingresos económicos necesarios para una vida digna y la adquisición de los materiales que requieren para sus actividades preventivas y sanadoras.

En dicho estantillo también se encuentra que, al no hacer parte del POS y los portafolios de servicios del sistema de salud, el costo del acceso a tratamientos ancestrales puede ser alto teniendo en cuenta la insuficiencia de ingresos económicos para las familias que fueron caracterizadas (42% se encuentran por debajo de la línea de pobreza). Como antítesis, los tratamientos occidentales son gratuitos o de menor costo, con lo que su uso se intensifica en desmedro de los ancestrales, especialmente en las familias que tienen al menos un integrante con afiliación al sistema de salud, pues con un margen de cotización relativamente bajo, se garantiza la atención de cualquier evento prioritario en salud, así como también de consultas de carácter preventivo o promocional.

Por otro lado, en correlación con el estantillo de Cultura, un aspecto que podría estar influyendo en el uso y apropiación de la medicina ancestral es la inexistencia de reconocimiento respecto a ciertas prácticas culturales como el tejido, la danza, la música o los recorridos por el territorio, en tanto parte integral de la medicina y la salud. Siendo la medicina ancestral un rasgo definitorio de la cultura Muisca, su relación de deterioro también es circular, pues desde una perspectiva

sistémica, cambios en la una necesariamente inciden en la otra.

Frente al estantillo de Educación Propia, la oferta educativa en el territorio y el distrito es fundamentalmente occidental y los estudiantes se aproximan a conocimientos que, aunque pueden ser importantes en determinados aspectos de la vida, distan de la cultura Muisca y más aún de los saberes de medicina ancestral. En efecto, las dificultades para consolidar un sistema de educación propia impiden una difusión adecuada del pensamiento en salud y las prácticas de medicina; concretamente, la falta de sistemas de educación organizada imposibilita que los aspirantes a médicos ancestrales accedan a un proceso de formación riguroso y tradicional que ofrezca el saber y la confianza comunitaria que requieren para el desempeño de su labor y la difusión de conocimientos médicos ancestrales.

Finalmente, debe afirmarse que la natural cercanía entre medicina tradicional y partería supone dos hechos: primero, que las afectaciones a la una lo son también a la otra, incluido su reducido conocimiento y uso; y segundo, la normal existencia de tensiones en torno al papel de estos estantillos en relación con los procesos de salud y enfermedad de la comunidad actual, que pueden mermar aún más la reconstrucción cultural y el fortalecimiento de la confianza ante la comunidad.

Nudo 2: Significativas desarmonías espirituales y de pensamiento. Las altas proporciones de comuneros y comuneras con riesgos de padecer desarmonías espirituales y de pensamiento en las que cerca del 11% de ellos presentan síntomas de desarmonías espirituales, y un 40% de niños, niñas y adultos presentan signos de alteraciones en su salud mental, también se concatenan con diferentes aspectos de la vida cultural y social Muisca. Ellas constituyen una importante alerta para la comunidad que se refuerza con los hallazgos del estantillo de Espiritualidad y Pensamien-

to propio¹² y ponen de relieve la necesidad inmediata de abordaje desde la medicina homeopática y alopática, pues la ausencia de su tratamiento genera desequilibrios en la forma de llevar a cabo actividades básicas y cotidianas del ser humano, repercusiones laborales, familiares y comunitarias, agotamiento, disminución del rendimiento e incremento de la posibilidad de que se configuren trastornos severos o crónicos de ansiedad, depresión y/o consumo no controlado o problemático de sustancias psicoactivas.

Respecto al estantillo de Territorio, por su connotación de escenario sagrado, simbólico, energético y de reproducción social y vital que permite la continuidad y con el que se establece una estrecha conexión que va más allá de lo geográfico o la explotación de recursos, el estado del territorio define aspectos de la salud física, pero también espiritual y del pensamiento. La pérdida territorial, la destrucción o inaccesibilidad a sitios sagrados, la sobreexplotación ambiental o la contaminación de lugares de importancia como el río Tunjuelo¹³, afectan hondamente la vida espiritual y cultural y desestructuran los marcos de orientación vital de la comunidad, conduciendo a la desarmonía espiritual y de pensamiento o en salud mental.

En este punto hay que insistir en que, cuando no se protege el territorio, los saberes que allí se desarrollan se tornan vulnerables, como sucede para el 43% de las familias que actualmente no conservan ninguno. Es por esto por lo que la lucha de los

Miscas de Bosa no es por un pedazo de tierra, sino por toda una estructura geográfica, histórica, cultural, simbólica y ambiental que da sentido y permite la vida del ser Muisca. Es este el hecho vertebral que explica los datos cuantitativos del nudo. Pero no todos los integrantes de la comunidad aún han logrado despertar al conocimiento ancestral que asocia el cuidado de sí con el del territorio (p.e. el 14,2% de familias que no separa residuos o el 71% de personas que nunca ha adelantado acciones de cuidado del territorio), como característica Muisca, es un fuerte orientador de las familias y su equilibrio.

Similarmente, la desestructuración histórica del gobierno y la justicia propia y las presiones para que transite hacia las formas occidentales del derecho positivo, conllevan no el simple cambio de normas o estructuras para que compaginen con las pretensiones externas, sino cambios estructurales en las formas que tienen las personas para orientarse en el mundo, darle sentido y armonizar los deseos y expectativas de vida con la realidad material y social, produciendo anomia, debilidad espiritual y aun suicidio (Durkheim, 1899; Valencia, 2020). También es necesario decir que la agitada vida política de la comunidad Muisca y el avance de sus procesos organizativos no se encuentra exenta de tensiones que pueden ocasionar desarmonías o desencuentros comunitarios, que redundan en la salud de las personas, con lo que la importancia del acompañamiento ancestral se hace evidente.

12 10.61% participantes declaró síntomas de sensación de tristeza, 10.5% de preocupación extrema, 8.69% de llanto, 8.10% de aislamiento y 7.73% de alteración del sueño.

13 Que no solo es producto de la industrialización y crecimiento poblacional, sino también de inadecuadas prácticas de separación de residuos en el 14% de las familias y de recolección de excretas por parte del 4% de familias que tienen animales, así como del hecho de que un 9% de las familias no cuentan con servicio de recolección de basuras y 6,5% con el de alcantarillado



3.2. Partería

Nudo 3: Retos para pasar del reconocimiento al uso de la partería. Ya se ha insinuado que, por su cercanía, la partería y la medicina ancestral comparten en cierta medida similares problemas, nudos, orígenes y afectaciones. En general es cierto, pero existen algunas especificidades en cada una que se deben considerar. El problema central de la medicina ancestral, por ejemplo, radica en su “reducido conocimiento, apropiación y uso”, en tanto el de la partería atañe solamente a su “reducido uso”. Mientras que del 58% de las personas que conoce de la existencia de la medicina ancestral el 19% ha asistido a consultas médicas tradicionales; del 96% de las mujeres que conocen la existencia de la partería tan sólo el 5% ha asistido a consulta en esta especialidad. En el primer caso el margen es de 39%, mientras que en el segundo es superior al 90%.

Esto pone de manifiesto la necesidad de comprender los dos fenómenos de manera independiente; pero particularmente demuestra los efectos de la recuperación y promoción de una práctica propia cuando cuenta con respaldo interno y externo, pues a pesar de que el desarrollo de las actividades de partería se retomó hace relativamente poco tiempo, su reconocimiento parece tender a crecer¹⁴. No obstante, su uso aún es muy reducido, hecho que pudiera explicarse porque las actividades de partería suelen asociarse de manera casi exclusiva a los procesos de atención de la gestación, parto y posparto, y se desconoce con precisión la amplitud de acciones que en materia de salud femenina y familiar desarrolla, como las relacionadas con los cuidados durante las diferentes etapas del desarrollo desde el nacimiento hasta la vejez¹⁵.

¹⁴ En los últimos 10 años ha emergido una generación de mujeres atraídas por la partería Muisca e interesadas en que sus hijos e hijas nazcan bajo el conocimiento de la tradición que permite afirmar que hay un número significativo de niños nacidos en casa o con acompañamiento de la partería.

Pero es importante comprender que, al igual que en el caso de la medicina ancestral, las cifras no reflejan simplemente bajos o altos niveles de reconocimiento o uso, sino la pugna de fuerzas políticas y aún espirituales entre la conservación y la transformación, pues ante las múltiples dificultades impuestas por la colonización de la ciencia, la religión y el Estado, también se levantan múltiples formas y prácticas propias de resistencia que pretenden por su reconstrucción y apropiación. Esta tensión ha dado como resultado el estado actual de las cosas en el que lo que se observa es el dinamismo del problema y la necesidad de observarlo de cerca para tomar las medidas necesarias y oportunas, pues mientras la interculturalidad se hace realidad en el sistema de salud distrital, la tensión seguirá teniendo la forma de lucha y en ese caso no es una opción ceder para la comunidad indígena Muisca de Bosa.

Ahora bien, no es necesario repetir con el mismo detalle ciertas conexiones que la partería guarda con los diferentes estantillos y que, por las razones ya expuestas, son semejantes a las de la medicina ancestral. Es posible sin embargo, mencionar peculiaridades como la pérdida y deterioro territorial que impide prácticas como la siembra de placentas¹⁶ y el acceso a plantas y alimentos medicinales; las preferencias por el uso de servicios de salud para las mujeres por parecer más económicos, tecnificados y confiables; la ausencia de espa-

¹⁵ Debe recordarse que de 117 mujeres mayores de 10 años que han participado en procesos de partería participan en procesos de partería, 52 lo han hecho para la atención del parto y el posparto, 47 del preparto y 41 para la atención del recién nacido, pero solo 29 para la menarquia y 24 para la menopausia. Este es un asunto que la comunidad suponía de tiempo atrás en su cotidianidad y que la presente caracterización certifica.

¹⁶ Ante las afectaciones al territorio, hoy en día las parteras realizan este trabajo de sembrar la placenta en diferentes lugares sagrados y haciendo trabajo placentario directamente con las mujeres. En efecto, cuentan las abuelas de la comunidad que esta práctica se extinguió dos generaciones atrás, aunque sus causas también pueden rastrearse en los nacimientos en hospitales que se hicieron cada vez más frecuentes por la estigmatización de la práctica y el desconocimiento por parte de la comunidad de sus beneficios, significados y valor cultural.

cios educativos propios que garanticen su formación rigurosa y segura para las pacientes; la discriminación, desprestigio e invisibilización de su labor histórica; su importancia en la consolidación y legitimación del gobierno propio; y, finalmente, la inexistencia de una remuneración justa por su importante labor biológica y cultural, clave para la multiplicación de parteras y sus servicios en la comunidad.

Nudo 4: Contradicciones entre la planificación familiar y la continuidad biológica cultural. Los nuevos tiempos y el creciente contacto con la cultura urbana bogotana y sus prácticas en salud, han traído consigo también contradicciones y cambios en las ideas culturales tradicionales, que pueden ocasionar problemas sensibles. Tal es el caso de la relación existente entre el uso de métodos de regulación de la fecundidad, por parte del 51,9% de las mujeres, o la reducida participación de la primera infancia (3,99%) e infancia (7,51%) en la estructura poblacional, o el notorio tránsito de familias extensas hacia nucleares (61,6%) y monoparentales (17,8%), así como la soltería (38,5%).

Este nudo problemático es de importancia, en tanto pone de manifiesto ciertas dificultades que las mujeres pueden encontrar para desarrollar una vida libre, educada y trabajadora, en la que puedan tener un control decisorio de su procreación, sin que ello ponga en riesgo la reproducción biológica y cultural de la comunidad.

Desde el estantillo de Medicina Tradicional y Salud se ha insistido largamente en los efectos de la medicalización alopática para evitar la procreación, pues ellos implican, en general, morbilidad y mortalidad de la población Muisca de Bosa. Particularmente, afectaciones al cuerpo (primer orden territorial) como cambios hormonales, infertilidad, dolores asociados a la menstruación (luna), aumento en el sangrado, alteración de los ciclos menstruales; afectaciones familiares (segundo orden territorial) como la ausencia de hijos y ausen-

cia del concepto de “familia”; y, afectaciones comunitarias (tercer orden territorial) como el rechazo a la maternidad, la elección de no procrear en las mujeres más jóvenes o la elección de no traer al mundo hijos no deseados.

Analizar este nudo problemático desde el punto de vista de otros estantillos y sus características hace visible su complejidad. La descrita condición de pobreza generalizada (13,7% de las familias devengan menos de un SMMLV y 3% reportan cero ingresos) y los crecientes niveles educativos de las mujeres (que en la actualidad llegan al 50%), podrían tener relación con las nuevas tendencias de planificación familiar.

Respecto a sus efectos, tal como se evidencia en los resultados encontrados, y como la comunidad lo ha advertido, se presentan riesgos asociados a una disminución poblacional considerable, en el mediano y largo plazo. Estos podrían impactar el gobierno propio, la estructura tradicional familiar, la transmisión y conservación de saberes propios, o el ejercicio de prácticas culturales como la medicina ancestral y la partería. En gran medida, los métodos anticonceptivos juegan el papel de orientación familiar y asemillaje que jugaban las parteras en la comunidad.



3.3. Estantillo de Territorio

Nudo 5: Pérdida y transformación del territorio ancestral. Se ha mencionado ya la relevancia del territorio ancestral para la comunidad Muisca de Bosa, así como el hecho de que su pérdida y transformación son responsables de gran parte de sus deterioros culturales, como lo afirma el 65% de las familias participantes de la caracterización. Es evidente que cultura y territorio están íntimamente relacionados, pero, además, entrañan relaciones con todos los estantillos del Plan de Vida, asunto que no resulta extraño pues es en el territorio que todos ellos se desarrollan y entran en relación con la salud y la enfermedad.

Es importante considerar que la presencia de familias de la comunidad en localidades externas a Bosa (9,2%) y en municipios cercanos (2,7%), como Soacha, Factitiva, La Calera, Sibaté y Funza, en vez de suponer una ampliación del territorio propio, representa la separación de los clanes de la comunidad y sus familias, evidenciando dinámicas de desplazamiento en búsqueda de mejores oportunidades de desarrollo, lo cual repercute en la concepción del territorio como propio y como espacio seguro de resguardo y preservación del ser Muisca.

Desde el estantillo de Medicina Tradicional y Salud y la categoría de Partería, los sitios sagrados que no han sido reconocidos, que están contaminados o que se han vuelto inaccesibles con el devenir de la invasión urbanística territorial tienen un alto costo, pues son imprescindibles para llevar a cabo los pagos, ceremonias del calendario ancestral y visitas al territorio que se relacionan con la salud. “Estas ceremonias y rituales son realizadas con las plantas propias del territorio y es a través de ellas como los espíritus, sanan, equilibran y ordenan para generar un buen vivir” (CIMB 2020b, p. 90). Así, el territorio es la condición sin la cual no son posibles la medicina ancestral y la partería, prácticas estructurantes del buen vivir que ordenan, equilibran y armonizan para que

todo fluya y se fortalezcan los vínculos entre comuneros, Hystcha Guaia y el cosmos.

Para la espiritualidad y el pensamiento propio, el ser Muisca no proviene únicamente de un lugar, el habitar el territorio responde a la siembra, cultivo, cosecha y cuidado material y espiritual del ecosistema que permite la convivencia con la tierra que le dio la vida. Su identidad se asocia indefectiblemente a las raíces y su sangre proviene de la circulación de las aguas territoriales que posibilitan que el trasegar comunitario fluya. Astros, tierra y aguas permiten conectar su entidad física y espiritual para vivir, pero los dos últimos les han sido arrebatados o transformados sin tener en cuenta su cosmovisión; el primero ha sido alterado a tal punto que por su magnitud será analizado independientemente en el siguiente nudo.

Además, el territorio se delimita principalmente por una serie de lugares sagrados como lagunas, cerros, humedales, abrigos rocosos, vallados, ríos, cementerios, plazas fundacionales, entre otros, que conforman un sistema energético plenamente conectado material y espiritualmente, en el que las prácticas culturales y rituales de medicina tradicional juegan un papel importante y se afectan sensiblemente ante sus transformaciones. El ASIS de la comunidad (CIMB, 2020b) analizó también la relación entre territorio, sitios sagrados y cosmovisión, resaltando la importancia de la ofrenda y el pago a la Hystcha Guaia en el mantenimiento del equilibrio que permite la armonía con el primer territorio que es el cuerpo humano.

Respecto al estantillo de Economía y Sustentabilidad, debe recordarse que, por medio de la venta de sus tierras, las familias encontraron alternativas de sostenimiento al no tener apoyo del Estado (Capítulo I), hecho que, a la larga significó, una contribución inconsciente a la pérdida del territorio. También, el relacionamiento con las ideas capitalistas ha desincentivado el cuidado y protección del territorio. Recientemente, se documentó que la pérdida territorial de la comunidad significó deterioro de su calidad de vida y enfermedad

física, mental y espiritual por los cambios que se impusieron en las formas de trabajo, alimentación, vivienda, y demás prácticas culturales (CIMB, 2023b).

En relación con el estantillo de Gobierno y Justicia Propia, se ha descrito que, el proceso de resistencia y fortalecimiento de la comunidad incluye prácticas en medicina propia legadas por mayores y mayores, y cuyo reconocimiento ha posibilitado que médicos, médicas, sabedores, sabedoras y parteras atiendan la salud y la enfermedad de las personas. Similar reflexión aplica para los conceptos de salud y enfermedad que alimentan el buen vivir, el cuidado, y el placer.

Por otra parte, es necesario resaltar que, factores como la expansión urbana (16,3% de las familias muisca de Bosa), la segregación espacial (4,3%) y la implementación del Plan Parcial El Edén (3,2%) han ocasionado dinámicas de desplazamiento; fenómeno que, en última instancia, debilita el gobierno propio y a la sociedad indígena en general, y que ha significado afectaciones en salud para el 21,5% de dichas familias y la separación de la unidad familiar para el 69,2%.

Nudo 6: Contaminación territorial. La contaminación del territorio Muisca de Bosa es un nudo problemático de vieja data que se entreteje con la vida Muisca en general. Y aunque en la actualidad el 88% de las acciones de defensa que desarrollan comuneros y comuneras son de tipo ambiental, las ya mencionadas insuficiencias en materia de separación de residuos y cuidado de animales, alcantarillado y recolección de basuras constituyen una afrenta a la Hitcha Guaia y revelan afectaciones y retos en los estantillos de espiritualidad y el pensamiento propio y medicina tradicional y salud, pues el territorio es la expresión espiritual y material del tejido social del pueblo Muisca.

Este problema, entretejido con el estantillo de Economía y Sustentabilidad Propia, tiene parte

de su explicación en que, llevados por la ausencia de oportunidades laborales, algunos comuneros encontraron en el reciclaje una posibilidad de sostenimiento; esto ha hecho que la disposición de residuos sea aún menos adecuada con su impacto contaminante. Aunque históricamente la comunidad se vio sometida a otros oficios que fueron impuestos por la economía global que ante la pérdida de la herencia de los saberes de la tradición evidencia el fragmento de la vida de la comunidad nativa.

Por otra parte, en el territorio ancestral la Madre Tierra cosechó a los Muisca de Bosa como una cultura que respeta la palabra y el Mhuysqhubun (lengua Muisca) que ha permitido conocer que Tchyminigagua, como ser supremo, legó a los Muisca la misión de cuidar el territorio. Esta enseñanza llega gracias a la cultura oral que se ha resistido a morir en momentos de cambio y transformaciones gracias a la acción de este estantillo en el Plan de Vida. Sin embargo, esto no evita el problema central: que todo aquello con cuanto se ha afectado al territorio es regresado a las personas (inclusive no Muisca); es decir que las desarmonías y dolencias del territorio se reflejan en los cuerpos de sus habitantes, pues son su extensión. Basuras, residuos contaminantes, excretas, aguas negras, convertidas en enfermedades físicas y múltiples desarmonías espirituales y de pensamiento que históricamente se han documentado para la comunidad (CIMB, 2020b).

La educación propia también tiene un papel fundamental en este nudo problemático dado que, ante la visión extractivista y utilitarista del territorio y el uso de recursos naturales que es transmitida por la educación capitalista occidental (a la que asisten en la actualidad el 100% de comuneros y comuneras que estudian, en contraste con el 63% que nunca han participado de espacios educativos propios del cabildo), la consolidación del Proyecto Educativo Comunitario (CIMB, 2023c) diseñado con un acentuado enfoque ambiental y territorial desde los saberes y

prácticas propias emerge condición inevitable para la resistencia en la defensa territorial.

Mención aparte en este nudo problemático merece la contaminación del río Tunjuelito que significó la llegada de plagas, vectores y enfermedades ajenas a la comunidad y que en la actualidad toman forma de afecciones dermatológicas, gastrointestinales y respiratorias para el 64% de las familias caracterizadas. En relación con la economía y sustentabilidad de la comunidad su contaminación también significó la pérdida para los seres de agua de la pesca como uno de sus más preciados medios de subsistencia (que ha impactado al 20% de las familias caracterizadas) y la imposibilidad de usar sus aguas para múltiples actividades como el riego de cosechas y la alimentación de animales cuyo impacto alcanza al 30% de las familias.

Su contaminación también ha significado la ruptura de prácticas culturales (17,9%), en salud (64,6%) y de gobierno propio (10,6%) que atañen a uno de los elementos constitutivos: su condición de seres de agua cuidadores de la Madre Tierra desde la Ley de Origen. Debe entenderse que la garantía del derecho indígena a un gobierno propio incluye por su puesto su gobernabilidad sobre el territorio que, para el caso, incluye el río Tunjuelito como elemento estructurante y

objeto de cuidado. En este sentido, que 21,4% de las acciones para la protección y defensa del territorio que las personas desarrollan se circunscriban a acciones de gobierno, pone en evidencia que la gobernabilidad sobre el territorio podría ser una oportunidad de oro para la descontaminación local del río. No obstante, esto también exige superar la ausencia actual de un auténtico diálogo entre autoridades pares (como lo consagra la ley) para su descontaminación general desde su nacimiento en el páramo de Sumapaz hasta su desembocadura en el río Bogotá.

Ya desde el estantillo de Cultura, lo que se encuentra es la obstrucción de una serie de costumbres alrededor del cuidado de la madre tierra que otrora se concentraban en el conocimiento del río desde su nacimiento y cuya vertiente de fluidos tejen la construcción cosmológica del territorio, dando lugar a actos ceremoniales en torno al cultivo, la siembra y la cosecha y que están relacionados con los solsticios y equinoccios alrededor del calendario solar y lunar. El río, antes hogar de mohanés, sirenas y candilejas y destino turístico de los pobladores de la zona hoy es un foco de contaminación territorial por los vertimientos industriales y domiciliarios que menoscaban la salud y la calidad de vida de la comunidad y cuya destrucción inició hacia los años 50 del siglo pasado con su dragado (Martínez et al., 2007).



3.4. Estantillo de Espiritualidad y pensamiento propio

Nudo 7: Afectaciones y desuso de prácticas espirituales. Las ideas, prácticas e historias religiosas y espirituales de la comunidad tienen una honda conexión con la medicina tradicional, la partería y la salud. Por esto las transformaciones y el desuso de las primeras tiene impacto en las segundas e impiden la transformación colectiva para el buen vivir desde la cosmovisión Muisca de Bosa y de allí la importancia de este nudo problemático. Su desuso es crítico para la pervivencia y reconstrucción como pueblo originario inserto ahora en un contexto urbano que difiere del originario que dio lugar y sentido a su espiritualidad y pensamiento propio.

Esta situación anómica altera la salud física y espiritual y obliga al fortalecimiento de los procesos que adelanta la comunidad en medicina ancestral y partería aportando a la salud y armonía a nivel individual, familiar y comunitario, aspecto en el cual una insuficiente investigación y documentación de ideas y prácticas de la espiritualidad y el pensamiento propio representa un importante reto para la comunidad, pues recuérdese que la incidencia de los problemas de salud mental es significativa en todos los grupos de edad que fueron tamizados en el marco de la encuesta individual.

Tejido con el estantillo Territorio, el nudo problemático expresa una importante contradicción histórica: para la comunidad indígena Muisca de Bosa el concepto de Madre Tierra considera al medioambiente como “toda la Vida” incluyendo los bosques, praderas, hábitat y la biodiversidad en general incluidos los seres de su dimensión sagrada y espiritual. Cada uno de ellos contiene un significado simbólico que define su relación con la tierra, el territorio, el agua, y demás recursos, ya que constituye la base física, cultural y espiritual de su existencia. Sin embargo, fue precisamente en su territorio que se construyó el primer templo católico de Bogotá (la iglesia de

Bosa fundada en 1640) y desde la fecha se ha dado una lucha entre la imposición religiosa occidental y la preservación de la espiritualidad y el pensamiento religioso Muisca hasta hoy.

La educación institucional occidental cuyos niveles de participación en la comunidad ya han sido repetidamente descritos y que en despecho del laicismo colombiano aún se encuentra imbuida de cristianismo, ha jugado desde la colonia un rol central en la desestructuración religiosa Muisca que había dado sentido a la vida individual y colectiva y que hoy se refleja, no solo en que más del 92% practiquen religiones judeocristianas, sino en que la presencia de síntomas de desarmonías espirituales y de pensamiento a nivel individual y colectivo cuyas tasas según la presente caracterización ya han sido también referidas.

A este respecto, una de las afecciones más fuertes a la población nativa es el denominado estrés (desde la tradición reconocido como un desequilibrio emocional extremo) propósito del cual se puede afirmar que su presencia en la comunidad se originó en el proceso de colonización e invasión territorial que produjo una constelación de odio, resentimiento, inequidad y deseo de venganza que trajo miseria a la población nativa que no encontraba respuesta en las creencias impuestas con conceptos como el de pecado, desintegrando su condición humana y de unión con el ABOS con el todo terrenal y cósmico.

Nudo 8: Mortalidad por desarmonías crónicas y cáncer. Aunque anteriormente las personas Muisca vivían muchos años más que ahora y sus principales causas de muerte eran naturales (aunque también por enfermedades resultantes de la desorientación espiritual y las deudas con la Madre Tierra), en la actualidad diferentes hechos como el estilo de vida urbano y las transformaciones territoriales han posibilitado la aparición de diferentes enfermedades y desarmonías propias de la vida occidental moderna como el cáncer y las enfer-

medades crónicas (especialmente las cardiovasculares) que respectivamente han representado el fallecimiento de personas en el 26% y 30% de las familias.

Desde los estantillos de Medicina Tradicional y Salud y Espiritualidad y Pensamiento Propio, debe insistirse en que el cuerpo, la mente y el espíritu están conectados y que la salud de cualquiera de estos elementos parece afectar a los demás pues existe una profunda conexión entre las creencias y la sensación de bienestar. Por ejemplo, las creencias positivas, la comodidad y la fortaleza adquirida a partir de la religión, la meditación y la oración contribuyen al bienestar y favorecen la curación. Mejorar la salud espiritual puede curar algunas enfermedades y desarmonías, pero además ayuda a que las personas se sientan mejor. También puede prevenir algunos problemas de salud y ayudar a afrontar mejor la enfermedad, el estrés o la muerte.

A tal efecto, la recuperación de la vida espiritual y del pensamiento y prácticas propias en salud (76% de comuneros no emplea medicinas ancestrales y 43,81% de las familias han perdido los saberes en salud) son un hecho insoslayable si se quieren modificar y disminuir las causas de muerte no naturales de la población. Claro, algunos comuneros encuentran armonía y sanación a través de la religión, pero otros (82%) creen que podría también sanarse a través de la música, el arte, o conectándose con la naturaleza; otros, la hallan simplemente en sus valores y principios.

La carencia de recursos económicos en las familias de la comunidad puede influir en su capacidad para acceder a servicios de salud y medicamentos necesarios para el mantenimiento de la salud y la prevención y control de este tipo de enfermedades que frecuentemente desencadenan en la muerte de las personas. Al mismo tiempo, estas enfermedades pueden ser objeto de prolongadas incapacidades médicas para comuneros y comuneras que afectan su vida económica y la de sus familias y que se agrava aún más

cuando la muerte por ellas sobreviene. Por otra parte, la necesidad a la que se han visto obligadas las personas de acceder al mercado laboral capitalista que no les permite contar con el tiempo suficiente para preparar sus alimentos de acuerdo con las costumbres culinarias propias constriñe al consumo de “comida chatarra” en la calle que también es de gran perjudicialidad por su alta composición en grasas, azúcares, sodio, entre otros elementos igualmente dañinos.

Las afectaciones territoriales también se encuentran detrás de este nudo, pues la imposibilidad para cultivar alimentos saludables y libres de químicos obligan al consumo de productos occidentales ultraprocesados cuya influencia en este tipo de enfermedades y muertes ha sido documentada por la OPS (s.f.b) y la FAO (Popkin, 2020).

Pero existe un problema que empeora todo lo anteriormente descrito: la pérdida de prácticas de mortuoria tradicionales que no permiten que estas muertes, ya de por sí “malas muertes” (pues exceden los cánones culturales) tengan el debido trámite cultural a causa del sincretismo religioso y cuyo ritual en la actualidad solo es practicado por el 3,4% de las familias caracterizadas, aunque busca ser fortalecido con el acompañamiento de parteras, médicos, médicas y sabedores ancestrales.



3.5. Estantillo de Economía y sustentabilidad propia

Nudo 9: Situación de pobreza generalizada en la comunidad. Según los datos recopilados, 42,7% de la población está por debajo la línea de pobreza monetaria extrema del DANE; 18,7% devenga menos de un SMMLV y 26,6% no devenga ingresos; y 62,6% de los mayores de edad no cuentan con un ahorro o pensión para su vejez. Estruendosa situación a la que se puede añadir la carencia de vivienda propia (para el 65% de las familias), su construcción en materiales irregulares (para el 9,8%), la insatisfacción de necesidades básicas (80%) y la inexistencia de algunos servicios públicos esenciales para la salud. La situación reúne prácticamente todas las condiciones para la eliminación del bienestar, la salud y la vida individual y colectiva en el contexto de un proyecto urbano de desarrollo insostenible y etnocida que para la comunidad Muisca de Bosa ha representado enfermedad, muerte y destrucción que son resistidas desde el estantillo territorial y sus acciones de defensa.

Como determinante estructural de la salud, el nudo guarda fuertes relaciones con el estantillo de Medicina Tradicional y Salud y explica gran parte de las condiciones de calidad de vida y desarmonías de la comunidad por las limitadas posibilidades de educación integral, alimentación, cuidados en salud, preservación médica y en partería, sanidad e higiene, entre otros que, además de reforzar el círculo de la pobreza, alejan cada vez más las oportunidades de reconstrucción cultural en condiciones de dignidad y respeto. Es un problema ético que no con poca frecuencia puede encontrarse en el seno de las sociedades capitalistas contemporáneas (e históricas) y su trato con las poblaciones indígenas.

También es cierto que en el marco del estantillo de Gobierno Propio no se ha logrado materializar una propuesta concreta que incluya la apuesta para un modelo de economía sostenible que garantice para las familias e individuos la satisfac-

ción de necesidades básicas y evite que carezcan de ingresos, o que para tenerlos se vean obligados a acudir a la informalidad (que acarrea la ausencia de seguridad social para 1067 personas) o a actividades riesgosas para su vida y salud. Este modelo podría permitir un mayor ejercicio remunerado de actividades tradicionales (como la medicina y la partería) que actualmente padecen el menosprecio de la sociedad mercantilista, pero que en el escenario de la cultura Muisca tienen un alto valor.

En este mismo sentido, pero desde el ámbito del estantillo de Cultura, debe decirse que, la transformación del modelo económico tradicional por la imposición del capitalismo ha incrementado la necesidad en la comunidad de desempeñarse en trabajos y oficios que generen ingresos suficientes para la costosa vida capitalina, limitando el tiempo y el interés de participación en acciones políticas, administrativas y culturales del cabildo; pero también el desinterés por actividades productivas propias y formas económicas tradicionales como el intercambio, otrora fundamental para la subsistencia y la cohesión social.

En el estantillo de Educación Propia, también ante la demanda del mercado laboral capitalista, las personas (especialmente de las generaciones más jóvenes) han tenido que formarse en las competencias necesarias para su desempeño en actividades propias de una ciudad en la que oficios y saberes tradicionales no son demandados ni constituyen fuentes de ingresos suficientes. Estas denominadas competencias poco o nada tienen que ver con el ser Muisca y no hacen parte central de los propósitos del Proyecto Educativo Comunitario; lo que sí representan, es una amenaza para la preservación de saberes y el aumento del desinterés por conocer formas alternativas de sostenimiento y conocimiento, de lo cual es muestra que el 28% de jóvenes y el 22% de adultos culminó o inició una carrera técnica. Un grave efecto de los ingresos insuficientes para el estantillo es que 12% de las personas entre 5 y 18 años actualmente desescolarizadas lo están por motivos económicos.

Nudo 10: Transformación de prácticas productivas y económicas. También los cambios territoriales generan cambios en los estilos productivos que obligan a adaptaciones por parte de la comunidad en la formación en profesiones u ocupaciones consideradas productivas en la sociedad industrial moderna, relegando prácticas artesanales y agropecuarias tradicionales como sustento. Ya se han mencionado los diferentes retos que impone para la educación propia la transformación de las prácticas productivas y del territorio en general; pero ante ello, la caracterización también ha identificado que el 38% de las familias quisiera recuperar saberes ancestrales del orden territorial como la agricultura.

El nudo problemático se teje también con la no tenencia y contaminación del territorio considerado ancestral, que exigieron de la comunidad nuevas formas de adaptación para su pervivencia, pero ello representó también la pérdida de usos y costumbres en la sustentabilidad propia y del territorio productivo que les había sido legado siglos atrás para su subsistencia a cambio de cuidado, respeto y retribución.

El paso del modelo productivo de subsistencia fundado en la agricultura, la pesca, el tejido y

otras actividades históricas de la comunidad (que ya han sido suficientemente descritas y cuantificadas) hacia uno centrado en la explotación indiscriminada de la naturaleza, el individualismo, el industrialismo y la empleabilidad bajo condiciones indignas y mal remunerado para los indígenas, ha hecho de la vida económica Muisca un escenario de pésimos resultados en términos de su calidad de vida y su salud. No debe dejar de recordarse que, el 6,5% de las familias que abandonaron el territorio lo hicieron por acceder a un trabajo (es decir que en el territorio actual no encontraron las oportunidades productivas y económicas necesarias), que el 60% de quienes se desplazaron lograron una mejor calidad de vida y 41,4% mejores oportunidades laborales.

Asimismo, la pérdida de la unión familiar que antiguamente permitía su conformación tradicional en grandes clanes bajo el liderazgo de sus mayores a la conformación de familias de pequeños núcleos (4 miembros en promedio) separados espacialmente limita y disminuye la apropiación, recuperación y refuerzo constante de prácticas en salud y de cuidado del territorio (como el reciclaje, la agroecología o la defensa política) y a su vez conlleva una disminución en el tamaño de la familia como unidad productiva.



3.6.

Estantillo de Gobierno y justicia propia

Nudo 11: Insuficiente participación en el gobierno propio. Una condición fundamental del gobierno propio es la participación comunitaria, pero consolidar una estructura de este tipo tras siglos de violentamiento a la autonomía y la soberanía por parte de la estructura estatal democrática occidental es una difícil tarea. Al respecto, una de las principales dificultades radica en que la actualidad la estructura y elementos del gobierno propio no es comprendida a cabalidad por toda la comunidad (72,8% de los mayores de 14 años desconoce el Plan de Vida y casi 35% las actividades del cabildo) y ello genera confusiones y distracciones en las apuestas políticas.

La razón de ello es la ausencia de una estrategia culturalmente apropiada para la difusión de la estructura de gobierno propio al interior de la comunidad, bajo mecanismos y pedagogías que aseguren su comprensión y la claridad respecto a sus roles, beneficios y oportunidades individuales y colectivas. Adicionalmente, el Plan de Vida carece de instrumentos de planeación vinculantes y que permitan la proyección comunitaria con participación de las familias e individuos. Estos hechos, sumados a la aparente desarticulación entre los líderes y los procesos de la comunidad han incrementado el desinterés de comuneros y comuneras hacia el gobierno propio.

El problema de la participación insuficiente en el gobierno propio extiende sus efectos a todas las dimensiones de la sociedad y los estantillos del Plan de Vida, pues es en el que se pueden materializar todas las aspiraciones y apuestas políticas de la comunidad que redundan en su bienestar y en la reivindicación de sus derechos, incluidos aquellos en salud intercultural y calidad de vida como el de contar con una IPS propia (a la que le interesaría asistir al 86% de la muestra) y la eliminación de las barreras de acceso que afectan al 45% de la población. En este orden, la consolidación del gobierno propio depende de la consolidación de los

sistemas propios (salud, educación, etcétera) y viceversa, estableciéndose de este modo una relación circular en la que el progreso de uno y otros es directamente proporcional.

Aunque el 65% de las personas nunca haya participado de espacios educativos propios, en este nudo problemático también el estantillo de Educación Propia tiene alta importancia; pues es a partir de su accionar y resultados que será posible fortalecer desde las semillas las formas de gobierno propio y la participación futura de la comunidad en sus procesos. La orientación de la catedra muisca (deseada por el 77,8% de las personas caracterizadas), la consolidación de la guardia indígena y el uso de mecanismos adecuados para la difusión y convocatoria pueden ser herramientas para el fortalecimiento de la participación desde este estantillo que aún no han sido suficientemente explotados.

Nudo 12: Desconocimiento y desuso de la justicia propia. La justicia Muisca de Bosa no se fundamenta en la venganza ni en el daño al infractor de la Ley de origen y las normas comunitarias; al contrario, es un mecanismo de rearmonización por lo que tiene una alta afinidad y se teje con la medicina tradicional y la salud individual y colectiva. Por este motivo, el gobierno propio requiere también contar con una ruta de justicia que permita abordar los diferentes casos que se dan en la comunidad con el acompañamiento de la medicina ancestral y sus autoridades espirituales. Esta ruta debe ser construida colectivamente y socializada de forma amplia, pero también requiere alimentarse a través de diálogos de saberes, colectivos interdisciplinarios y el diálogo con otras comunidades indígenas que ejerzan su justicia propia.

Por su parte, las parteras de la comunidad identifican la falta de apoyo en la ruta de partería (cuyo derecho además es desconocido por el 94% de las mujeres mayores de 14 años) y del parto humanizado (desconocido para el 75% de

las mujeres mayores de 10 años). Así, durante el proceso gestacional no se respeta la visión ancestral y el trabajo de medicina de mujer dada la falta de armonía en la ruta de atención a las mujeres gestantes con parteras que, en última instancia, incrementa los riesgos de sufrir diferentes formas de violencia durante el parto que han sido documentadas para 88 mujeres de la comunidad. A esto puede agregarse el abuso de la medicación, la inducción de partos y las cesáreas innecesarias que son efecto de la falta de asumir desde la justicia propia rutas de protección y garantía a las mujeres gestantes.

Adicionalmente, procesos propios como el registro de nacimiento, la definición de la prevalencia del apellido de la madre, las vacunas, el trabajo de placenta, la medicina placentaria, los masajes íntimos, y los baños, rituales no gozan del suficiente reconocimiento interno. Todo esto incrementa las barreras de atención en los centros de salud y hospitales respecto a los partos humanizados y el irrespeto por el trabajo de las parteras.

Respecto al estantillo de Espiritualidad y Pensamiento Propio, no existen en el gobierno propio suficientes estatutos y mandatos que, en cumplimiento de la Ley de Origen promuevan un camino espiritual claro para el acompañamiento de los casos de justicia propia, ni rutas definidas que permitan determinar el alcance y la articulación con la medicina tradicional y el trabajo con los sabedores y parteras de la comunidad en la armonización de infractores.

La comunidad tiene una ruta propia de atención a casos de justicia, es un tema que debe fortalecerse, divulgar y promoverse por las autoridades tradicionales, sabedores, parteras y autoridades acompañantes, lideran y establecen los criterios de acción para su ejercicio.

En términos de incidencia política, debe decirse que, a la fecha, no ha sido posible tener un diálogo directo y fructífero entre la justicia propia y la justicia ordinaria, que permita su complemento

evitando que alguna de ellas pase por encima de la otra y posibilitando el abordaje integral de casos que son actualmente asumidos por la comunidad. Por otro lado, las acciones en el marco de la justicia propia han sido poco socializadas y ello aumenta la desconfianza en que ese camino sea una opción o posibilidad adecuada en caso de ser requerido. Hasta la actualidad no se ha definido claramente el rol de las autoridades judiciales propias ni sus alcances y ello también afecta la credibilidad en el sistema y los procesos del cabildo en general como estructura organizativa, impactando también en la participación.

Desde el estantillo de Educación Propia se identifica la necesidad de construir rutas desde los saberes propios que permitan aportar a la resolución de casos a través del sistema de justicia propia, así como el aprovechamiento de los espacios educativos propios en su promoción y uso pedagógico, especialmente en lo referente al diálogo como mecanismo para la resolución de conflictos (para el 65% de los mayores de 14 años de la comunidad) y como práctica de crianza (que en la actualidad es empleado por el 86% de las familias en sus procesos formativos).



3.7. Estantillo de Cultura

Nudo 13: Ambivalencias entre el deterioro y la recuperación de las prácticas culturales. Las prácticas culturales son la expresión material de la cosmovisión Muisca. Se trata de prácticas que plasman ideas respecto al universo, la naturaleza, la vida, la muerte y el equilibrio. De allí su valor en la salud, pues contienen los conocimientos necesarios para la pervivencia y constituyen en sí mismas prácticas de sanación. Esto hace que la tensión existente entre su deterioro en el contexto urbano actual y su recuperación bajo el liderazgo de sus autoridades tradicionales y políticas sea objeto de alto interés para la presente caracterización en salud y la comunidad en general.

Aunque ser Muisca (tal y como se autorreconoce el 99% de las personas indígenas encuestadas) en un estado ideal incluye las prácticas culturales, los usos y costumbres apenas son reconocidos por el 53% de la comunidad, los sitios sagrados por el 58%, los juegos tradicionales por el 78%, celebraciones por el 67%. Respecto a su práctica propiamente dicha (no su simple reconocimiento) esta solo es llevada a cabo por un 20% de las personas. Por esta razón, la comunidad desarrolla procesos de recuperación desde la tradición oral a través de las abuelas y abuelos que giran en torno al cuidado y buen vivir individual, familiar y comunitario y que persisten en el 75% de las familias.

Ya se ha mencionado suficientemente el impacto que tuvo la transformación territorial en la salud y las prácticas productivas al limitar los lugares, materiales y la autonomía para su desarrollo. efectivamente, el 65% de las familias considera que esto afecta sus usos y costumbres y el 47% de las familias que se desplazaron del territorio reconocieron la afectación a sus prácticas culturales por este hecho. Desde el estantillo de Economía y Sustentabilidad Propia la situación es similar, pues la pérdida de prácticas culturales (también asociada a la transformación y contaminación territorial) condujo a cambios produc-

tivos derivados de la necesidad de sobrevivir en el contexto capitalista en el que la economía de subsistencia, el intercambio, las artesanías, la agricultura o la pesca ya no fueron suficientes ni valoradas y en la actualidad persisten más modestamente y adaptadas a los nuevos tiempos y circunstancias.

En la partería, por ejemplo, no es frecuente el uso de prácticas culturales que son lugares de sanación como el tejido (como labor que recoge a la mujer y su relación con la madre tierra), las visitas a los territorios o la música; no aprovechar esta oportunidad terapéutica es a la vez dar paso al desuso y olvido de las prácticas. Esto es extensivo también a la medicina tradicional donde otros elementos como la danza, los alimentos y platos propios, las ceremonias, festividades y rituales constituyen oportunidades curativas de desarmonías físicas y espirituales que solo son recuperables en la práctica misma.

La importancia del estantillo de Gobierno Propio es amplia, pues desde allí que podrían construirse rutas efectivas de atención en salud que sigan los preceptos y prácticas culturales de la medicina ancestral y la partería que permitan un modelo intercultural en el cual las prácticas propias no sean invisibilizadas ni menospreciados por las autoridades y operadores de la salud institucional. Es en este orden que se comprende que uno de los proyectos que quisiera encontrar el 78% de la comunidad en el cabildo sea una IPS propia. Dado que la discriminación cultural sigue siendo un hecho para el 12,3% de la población, en este estantillo siguen siendo necesarias acciones que visibilicen y sensibilicen respecto a las prácticas propias muisca en instituciones locales, distritales y nacionales y la sociedad en general para lograr el reconocimiento y aceptación de una cultura milenaria que pervive en la ciudad de Bogotá.

Similar relación se teje con la educación propia, pues, aunque se impulsan múltiples actividades para la recuperación cultural, no han sido suficientes ante la arremetida occidental a través de

los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y el internet que se vienen apoderando de niños y jóvenes. Su importancia radica en la posibilidad de desarrollar acciones que visibilicen y fortalezcan la identidad cultural. Tampoco ha sido aprovechada suficientemente su capacidad para generar encuentros intergeneracionales y círculos de palabra para el intercambio de saberes y la apropiación de la historia oral, los lugares sagrados y las tradiciones ni para implementar talleres de fortalecimiento de prácticas culturales. Las prácticas culturales requieren enseñarse y practicarse desde la infancia para que sean realmente incorporadas como parte del ser Muisca y que pervivan a lo largo de la vida.



3.8. Estantillo de Educación propia

Nudo 14: Inestabilidades en la participación en espacios de transmisión de saberes propios. La forma, intensidad y efectividad con que los saberes propios son transmitidos a la comunidad también vive un proceso fluido. A pesar de que la participación en ellos es baja (36%), día a día se vienen revelando temáticas, metodologías y espacios que permiten apreciar el camino a seguir que permita, desde su fortalecimiento, afectar positivamente la sabiduría ancestral que, como se ha demostrado, tiene un alto valor para la armonía física y espiritual de las personas y la comunidad en general. Aunque los niveles educativos occidentales de la población son cada vez mayores, tal y como lo demuestra el contraste con cifras las recopiladas en el año 2008, la reducida participación en espacios de transmisión de saberes propios da como resultado una formación que carece de la integralidad requerida para la vida indígena Muisca y la comprensión del universo y la realidad desde una perspectiva propia que exceda los límites del positivismo.

Aun así, los espacios educativos propios han significado aportes en términos de medicina tradicional y partería para el 35,7% de la población. Respecto a la formación propiamente dicha de médicos ancestrales y parteras, en la actualidad, a través de un proyecto con el Fondo Internacional de Mujeres Indígenas, se realiza un proceso de formación para 100 mujeres en temas de sanación desde la medicina tradicional y la partería. También algunas parteras lideran espacios de formación desarrollados bajo cuidadosos procesos de planeación y seguimiento. Estas acciones son recientes y no han sido suficientemente divulgadas con miras a la participación y aprovechamiento.

En relación con el estantillo de Espiritualidad y Pensamiento Propio, los espacios educativos han representado beneficios para la espiritualidad del 55,6% de la población. Sin embargo, la forma

más tradicional para su transmisión es a través del linaje, ya que representa una valiosa forma de cuidado de los saberes espirituales de la comunidad, los cuales por su fragilidad e importancia no son compartidos con todas las personas, sino con aquellas que han demostrado su sentir y se han ganado la confianza necesaria mediante la constancia y la dedicación a lo largo de un proceso en el que se inicia como iniciado, luego como aprendiz y finalmente como sabedor. En este sentido, se ha identificado que no existe una suficiente divulgación y comprensión respecto al compromiso espiritual que requieren y la responsabilidad que acarrearán estos espacios de formación, por lo que las personas que se inscriben frecuentemente desertan.

Por estas características y requerimientos se explica en parte que no existan grandes niveles de participación y conocimiento, pues es una actividad en extremo hermética. Se trata de un respetado proceso en el que el aprendizaje no es un fin en sí mismo, sino un medio para prestar servicios a la comunidad. Actualmente, el consejo de espiritualidad (Espiral de caminantes de la medicina tradicional) elabora un proceso de formación desde la espiritualidad y el pensamiento propio para sus aprendices.

El cabildo ha sido el espacio de transmisión de saberes propios por excelencia y desde el estantillo de gobierno propios se han dado innegables avances; a pesar de ello, hoy día la comunidad reconoce algunos problemas precisamente por la poca rotación de los espacios donde se realiza y su centralización en pocas familias y el espacio del cabildo, pues la confianza en los procesos que realiza el cabildo se pierde cuando no se pluraliza y esta es también una posible explicación al nudo problemático. Así, se ha creado un imaginario de que la formación en medicina tradicional y partería son exclusivos para determinadas familias y personas, dando a entender que no toda la comunidad tiene la oportunidad de acercarse a estos saberes que, entre otras cosas, en su mayoría son liderados por hombres y hasta hace poco

abrieron espacio para la medicina de mujer y las aprendices de la partería.

Del mismo modo, se ha identificado que no existe una línea clara por parte de las autoridades tradicionales que ratifiquen el proceso del gobierno propio desde el cuido, como un mandato que ratifique y respalde los saberes de la medicina tradicional y la partería en la gobernabilidad; tampoco acciones que busquen hacer frente a la reducida participación en los espacios de transmisión de saberes propios, ni políticas internas que regulen y estimulen su transmisión. Aun así, el 29,6% de la población afirma que los espacios de formación propios han significado aportes en términos del estantillo de gobierno.

Tejido a un mismo tiempo con los estantillos de Educación Propia y Economía y Sustentabilidad Propia, el nudo pone en evidencia que, a pesar de que dentro de la comunidad existen numerosos saberes y haceres propios como el tejido, el bordado, la siembra, cuidado y conocimiento de plantas, los juegos tradicionales y la partería y la medicina tradicional mismas, no ha sido posible establecer un proceso de economía solidaria sustentado en estos saberes, que, en la mayoría de las veces están en cabeza de mujeres. Si bien muchos de estos saberes podrían significar espacios formativos en torno al cuidado del ser y la prevención de enfermedades (ya que durante su ejecución se mantiene el cuerpo y la mente en una actividad de atención y tranquilidad) aún no se ha logrado vislumbrarlos como prácticas económicas válidas y viables siempre y cuando cuenten con el debido respaldo y dinamización que permitan superar pobreza al tiempo que se incrementan la participación y la transmisión de saberes.

En este sentido, podría decirse que no ha habido una suficiente visión de largo plazo, pues en la actualidad no se cuenta con escuelas, talleres e implementos que permitan la transferencia de conocimientos, la creación de empresas y marcas y la remuneración económica. En especial, las familias que conservan saberes de medicina

tradicional y partería no disponen de iniciativas de economía solidaria que les permitan un mejor vivir ante su menosprecio histórico que los ubica como poco rigurosos, fácilmente reemplazables y poco rentables, aunque existen experiencias que demuestran lo contrario. Con todo, por ejemplo, el Consejo de Mujeres del cabildo viene desarrollando una propuesta para los saberes de tejido, bordado y transformación de plantas medicinales, que permita a las mujeres espacios para la transmisión de sus saberes, el reconocimiento económico de su labor y el acceso a materiales en el marco de la economía colaborativa o solidaria.

En términos de educación, la tensión por la participación en los procesos formativos propios se evidencia en que, a pesar de la existencia de variados espacios de danza, música y artesanías, la participación sigue siendo reducida y la transmisión de saberes poco efectiva. Así, a la fecha el cabildo cuenta con 2 grupos de danza de jóvenes, 1 de niños y 1 de abuelas (ritual) y otras agrupaciones como las de la casa de pensamiento UBA RHUA (jardín propio para la primera infancia) que se presentan solo en los festivales o entregas de semillas (grados de los niños). Existe también 1 grupo de actividad física, 1 grupo de tropa (música tradicional) compuesto por jóvenes y niños, pero abierto a toda la comunidad y que trabaja la composición e interpretación de canciones andinas o propias.

Todos estos espacios son desarrollados por profesores de la comunidad, pero, aunque son divulgados no gozan de una gran participación a raíz del desinterés de la comunidad por este tipo de procesos, lo que explica, pero también hace crecer el problema. En este sentido también es objeto de interés que solamente el 32% de los menores de 5 años de la comunidad asista a la UBA RUHA, pero también recordar el 77,8% de participantes que declararon que les gustaría haber recibido o recibir Cátedra Muisca en su colegio y que la comunidad ha manifestado su deseo de participar en las escuelas de plantas medicinales

(39,7% de la muestra), de medicina ancestral (37,2%), de danzas (35%), de música (34,8%), de tejido (31,8%), entre otras.

Es del resorte del estantillo de cultura el análisis conjunto de riesgos, causas y efectos de la reducida participación en la transmisión de saberes propios y articular todos estos espacios e iniciativas, pues la descoordinación en los procesos refleja la ausencia de bienes, razones, propósitos y pensamientos comunes que los reúnan de forma estratégica y planificada. No obstante, desde este estantillo también se debe reconocer la importante labor de muchos de los líderes y líderes en estos espacios y en la conservación de estos saberes. También es cierta la existencia de saberes como pictografía, cerámica, música propia, danza propia, alfarería, donde hay que avanzar más o buscar estrategias que acerquen a la comunidad a su transmisión, hecho que se teje estratégicamente con que 82,73 % de las familias afirmaron su interés por recuperar, fortalecer o aprender saberes propios, de entre los que prefieren las atenciones y tratamientos por medicina ancestral.

Conclusiones



El proceso de caracterización desarrollado representa un significativo aporte al conocimiento de las características generales de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa y de sus condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad con un enfoque intercultural. Su desarrollo metodológico con la participación y guía de sus autoridades y la diversidad, representatividad y pertinencia de los datos son un hito para su comunidad. Se trata de un profuso insumo para la planificación y gestión en salud de la comunidad, pues al proceder sus resultados de una amplia encuesta que indaga las más variadas dimensiones de personas y sus familias desde una perspectiva propia y siguiendo sus propias necesidades, es posible obtener una visión tanto panorámica como detallada de las condiciones actuales.

En la actual localidad de Bosa, al suroccidente de Bogotá, reside el pueblo indígena Muisca, habitante de este territorio desde tiempos preeuropeos. Con la colonización española se inició un álgido proceso de transformación que incidió tanto en sus gentes como en su territorio. El capítulo I describe cómo desde entonces la vida indígena nunca volvió a ser como antes: la estructura poblacional y familiar cambió, así como sus saberes y ocupaciones, su estado civil, tipo y formas de acceder a la medicina, su composición étnica y hasta sus ideas sobre la sexualidad. El territorio dejó de ser propiedad de los indígenas, pero además el paso del equilibrio a la explotación en su uso que resultado de las diferentes formas de concebir el territorio acarreo su contaminación y urbanización.

De este proceso histórico resultaron nuevas enfermedades físicas y espirituales, y muchas prácticas culturales propias, de importancia para la salud, entraron en desuso o simplemente desaparecieron, lo cual produjo un círculo de deterioro en el bienestar, individual, familiar y comu-

nitario, de la población Muisca. A ello debe agregarse que la población fue sometida a condiciones de pobreza, discriminación, y marginación que la sumieron en deplorables condiciones de calidad de vida, con lo cual su salud y dignidad quedaron en riesgo.

A pesar de todo lo anterior, en la actualidad la comunidad, en cabeza de sus autoridades políticas y espirituales, y con la orientación de médicos, parteras, sabedores y sabedoras, desarrolla profusas acciones (algunas de ellas con el apoyo de la SDS u otras entidades y organizaciones) que permiten mantener la salud de sus habitantes y, paralelamente, recuperar los saberes tradicionales que, con mayor o menor intensidad, se han venido diluyendo. De hecho, es como parte de dichas acciones comunitarias, en asociación con la institucionalidad distrital, que emerge el presente Documento de Caracterización, que precisamente tuvo como finalidad analizar las necesidades, problemáticas y potencialidades de la comunidad con miras al fortalecimiento de sus usos y costumbres en medicina ancestral y partería.

Las categorías analizadas en el capítulo II revelan profundas tensiones entre la conservación y el cambio como expresiones de la transculturalidad. Se hacen patentes tendencias estadísticas preocupantes en salud y continuidad cultural, pero destacan también logros y aspectos relacionados con la salud que permiten procesos y factores protectores de la salud que en algunos casos llegan a ser superiores respecto al distrito y la nación como entes de referencia.

En general los procesos de salud y enfermedad y los resultados de la promoción, prevención y tratamiento tienen explicaciones y efectos socioculturales que exceden el plano biológico y tienen lugar tanto en la medicina tradicional y la

partería como en la occidental, como una muestra más de que la actualidad de la comunidad corresponde a una nueva realidad en la que ni lo anterior ni lo nuevo son definitivos ni puros, sino que se conjugan, contradicen y complementan. En ambos planos se observan barreras de accesibilidad, pero también iniciativas que persiguen asegurar el acceso diferencial y avances importantes en individuos, familias y comunidad en general. Es evidente la pugna entre las fuerzas por la conservación de la medicina tradicional y la partería y su desuso y conocimiento entre la comunidad.

La transformación territorial, que ha sido confrontada con la flexibilidad cultural y la reapropiación de espacios, constituye un importante marcador ambiental y cultural de la salud y la enfermedad del territorio y por ende de sus pobladores y la contaminación del río Tunjuelito es en extremo sensible en este aspecto. Emergen en este contexto nuevas formas productivas y culturales que permiten la continuidad de la vida en medio de condiciones adversas para la comunidad. Los retos que el Capítulo II revela en materia de preservación cultural, educativa, gubernamental y espiritual, no son del todo desconocidos para la comunidad y sus autoridades y por ello desde hace tiempo se han tomado medidas técnicas, comunitarias y políticas buscan mitigar la reducida participación de la comunidad en algunos de estos espacios y estantillos.

El ejercicio de identificación y análisis de nudos realizado en el Capítulo III, corrobora que la salud de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa y sus problemas más importantes son complejos y si se quiere transformarlos positivamente, es necesario incidir también en todas las áreas de su cultura. En el entendido de que la salud es un proceso sociobiológico, cultural e histórico, tanto la enfermedad como su tratamiento se definen en relación con otros aspectos como el territorio, la espiritualidad, el gobierno, la cultura o la economía.

Esta comprensión se asemeja mucho a la propuesta de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), pero la supera en tanto asume el desarrollo histórico de la población y del territorio Muisca como elemento explicativo que posibilita la existencia de las condiciones actuales que hoy definen los procesos de salud y enfermedad al interior de la misma comunidad indígena y ciertos patrones de vulnerabilidad que emergen de acuerdo con las características de su territorio y su pertenencia étnica que imponen condiciones de vida determinadas por el orden social general y que difícilmente podrían modificarse desde la individualidad (Breilh, 2013).

Este capítulo ha mostrado que las relaciones problemáticas en cuestión son de la más diversa índole y que efectiva y literalmente se anudan con situaciones y condiciones de la comunidad bajo dinámicas que por mucho exceden la lógica unicausalista. Es decir, este vínculo resulta ser más consonante con el pensamiento y la cosmovisión indígena, espiralada y estructuralista, adquiriendo formas circulares, complementarias y multicausales en las que las tensiones entre la preservación y el cambio saltan a la vista y definen la realidad cotidiana más allá de los tipos ideales.

Por último, el tejido permitió apreciar que las conexiones entre los diferentes estantillos involucrados en cada uno de los nudos pueden ser cuantitativas o cualitativas; es decir, que incluyen fenómenos (generalmente sociales, históricos y culturales) que no son fácilmente cuantificables pero cuya injerencia es un hecho en la perspectiva de la comunidad, el camino que ha recorrido durante su proceso de reconstrucción y sus saberes ancestrales. En realidad, no es fácil explicar la realidad indígena con solo números y prescindiendo de la historia y la dimensión política de la sociedad.



Recomendaciones

El proceso de caracterización desarrollado permitió el reconocimiento de una serie de oportunidades, fortalezas y recomendaciones que podrían contribuir en el afrontamiento y control de los nudos problemáticos definidos y analizados en el Capítulo III. Estas recomendaciones se encuentran dirigidas al Cabildo Indígena Muisca de Bosa (CIMB) y al sector salud del orden distrital y fueron formuladas desde una perspectiva propositiva y realista que destaca recursos disponibles y ventanas de oportunidad para las partes.

1. Reducido conocimiento, apropiación y uso de la medicina ancestral

Para asumir este complejo nudo problemático se cuenta con una gran variedad de recursos que incluyen la normatividad, nacional e internacional, que propende por la inclusión de acciones de cuidado con reconocimiento de la pluriculturalidad; el Consejo de Salud, que desde la participación y articulación interinstitucional podría aportar al fortalecimiento de la salud y la medicina propia; y, por supuesto, la presente caracterización y las demás acciones del Contrato Interadministrativo 5141949-2023 que guardan en sus objetivos estrecha relación con el nudo.

Otros recursos valiosos son el conocimiento de abuelas, médicos tradicionales, parteras y la comunidad en general, los procesos de apropiación del calendario Muisca y la identificación de rituales, ceremonias y cambios de fuego que poco a poco han rescatado las tradiciones y juegan un papel trascendental en la medicina ancestral. También están los conocimientos sobre plantas medicinales y sagradas y el Herbario de la comunidad elaborado en el contexto del presente Contrato Interadministrativo, que recolecta la información transmitida de generación en generación

para el manejo de patologías y desarmonías. Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda:

Para el CIMB:

- Exigir a las autoridades sanitarias distritales la constitución de una IPS propia en ejercicio de los derechos a la autonomía, el gobierno y el sistema de salud propio, que incluya los recursos, espacios, tratamientos, médicos tradicionales y parteras, insumos propios y necesarios para la operación.
- Desarrollar una decidida estrategia de difusión de experiencias exitosas en medicina tradicional en todos los Momentos del Curso de Vida, promover las visitas y uso de la Casa Cusmuy y los sitios sagrados para la atención en salud y priorizar en el Proyecto Educativo Comunitario la implementación de las acciones previstas para la promoción de la medicina ancestral y el desarrollo de jornadas de atención en medicina tradicional para grupos de edades específicas.
- Establecer estrategias de divulgación y apropiación de la ruta de atención propia por parte de la comunidad a través de jornadas de atención, encuentros, sentadas y círculos de palabra, logrando así ofertar atención domiciliaria y un sistema de organización y gestión más eficaz para la captación y seguimiento de usuarios.
- Impulsar acciones concretas de articulación y asociatividad entre diferentes actores del proceso del cuidado de la salud como horticultores, transformadores de plantas, preparadores de remedios, médicos ancestrales y parteras, con miras a la gestión y disponibilidad de insumos médicos tradicionales.

Para el sector salud:

- Apoyar a la comunidad y adelantar las acciones jurídicas, técnicas, administrativas y financieras necesarias para que el CIMB pueda contar comuna IPS propia acorde a sus necesidades, cosmovisión y prácticas en salud.
- Impulsar la inclusión de acciones preventivas y curativas propias en el plan de cuidado de la comunidad y de todos los ciudadanos en general, y divulgarlas creando espacios para su promoción en la institucionalidad que permitan sensibilizar a los funcionarios en términos de transculturalidad, respeto, derechos indígenas y complementariedad entre las dos medicinas.
- Promover el diálogo eficiente entre los actores del sector (SDS, EAPB, Prestadores), tanto del régimen contributivo como del subsidiado, para avanzar en la implementación de acciones con enfoque diferencial en los diferentes niveles de la gestión y atención.
- Diseñar e implementar con el Cabildo Muisca de Bosa un plan de medición periódico y monitoreo de los niveles y condiciones de apropiación y uso de la medicina ancestral y la partería con el fin de diseñar acciones permanentes y adecuadas para su fortalecimiento.

2. Significativas desarmonías espirituales y de pensamiento

Para este nudo se cuenta con diferentes oportunidades jurídicas y políticas en la Ley 1566 DE 2012, el Plan Decenal de Salud Pública, la Ley 1751 de 2015, la Resolución 3202 de 2016, la Ley 1616 de 2013 y el Decreto 1953 de 2014, entre otras normas e instrumentos de política pública. También los equipos de participación y articulación interinstitucional (contratados a través de diferentes organizaciones y entidades) para el abor-

daje de las necesidades prioritarias y la existencia de rutas de canalización entre la medicina ancestral y la occidental en materia de salud mental y los resultados del tamizaje realizado a través de la encuesta de esta caracterización.

Comunitariamente, con el interés de la comunidad en la materia y el conocimiento de sus médicos ancestrales respecto a las desarmonías espirituales, así como el proceso de identificación de rituales y tradiciones que juegan un papel importante en su prevención y tratamiento. También son trascendentales en este nudo los fuertes lazos sociales que han caracterizado a la comunidad y que constituyen potentes redes de apoyo para la salud mental y espiritual y la para la búsqueda de apoyo en ambas medicinas. A partir de estos recursos disponibles y de las características del nudo problemático se recomienda:

Al CIMB:

- Diseñar e implementar, en cabeza de los estantillos de Medicina Tradicional y Salud y de Espiritualidad y Pensamiento Propio, un protocolo intercultural para la prevención, detección, tratamiento y/o canalización de casos con este tipo de trastornos o desarmonías en el contexto del abordaje a nivel familiar como estructura básica etiológica y de apoyo.
- Desarrollar actividades investigativas con metodologías participativas propias que permitan la identificación de saberes, conocimientos, prácticas y técnicas propias para su prevención y tratamiento en los niveles individual, familiar, comunitario y territorial, documentando y divulgando casos de éxito y experiencias que han permitido la promoción de la salud espiritual y mental.
- Garantizar, en el marco del reconocimiento de las atenciones interculturales normadas nacionalmente y el derecho a la salud, la

articulación de acciones de cuidado espiritual y mental, estableciendo planes de tratamiento en los cuales la medicina ancestral y occidental cumplan concomitantemente su papel en la ejecución de acciones de carácter preventivo, incluida la generación de estrategias de resiliencia en la comunidad.

Al sector salud:

- Diseñar con el apoyo técnico del estantillo de Medicina Tradicional y Salud y el de Gobierno y Justicia Propia, una campaña permanente de sensibilización y educación dirigida a los profesionales de la salud mental de las diferentes entidades y prestadores, en torno a las diferencias entre salud mental y espiritual para la comunidad Muisca de Bosa con el fin de mitigar los prejuicios e incomprensiones existentes en este sentido y respecto al reconocimiento, protección y respeto por los saberes, conceptos, conocimientos y médicos y parteras Muiscas.
- Diseñar e implementar participativamente un programa de formación para la prevención, detección y tratamiento intercultural de la enfermedad mental y espiritual con énfasis en el control de la conducta suicida, dirigido a médicos ancestrales, parteras, autoridades, docentes del PEC y padres de familia de la comunidad, que propenda además por la desestigmatización de la enfermedad y la necesidad de buscar apoyo y tratamiento de forma oportuna.

3. Retos para pasar del reconocimiento al uso de la partería

Ley 2244 de 2022 que promueve el pluralismo cultural en el marco de los derechos de la mujer en embarazo y el parto humanizado representa

una importante oportunidad. Dado que los equipos de participación y articulación interinstitucional atañen a las más variadas temáticas y problemáticas en este nudo son un recurso importante aquellos que se relacionan con el abordaje de las necesidades prioritarias de mujeres y gestantes.

Pero el principal activo de la comunidad para responder a este nudo es su decidido proceso de recuperación de la práctica de la partería, que incluye el desarrollo de acciones para el abordaje integral de la mujer desde los saberes de sus parteras; también es importante el alto reconocimiento que tiene entre las comuneras y el haber podido identificar los principales motivos que ellas tienen para su reducido uso, que pueden orientar el diseño y desarrollo de acciones de mejoramiento. Igualmente, valiosas, son las sólidas estructuras familiares y los jóvenes que buscan desarrollarse en todos los ámbitos. En general existe un importante consenso en la comunidad respecto a la necesidad y deseo de fortalecer esta práctica, su uso y su reconocimiento dentro y fuera de la comunidad.

Se recomienda al CIMB:

- Impulsar desde el gobierno propio y sus autoridades, la legislación y gestión (amparados por las instituciones de Salud) de una guía de atención siguiendo las recomendaciones internacionales del parto humanizado que promueva el respeto y apoyo a las decisiones de la madre y la familia, en la defensa y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas Muiscas.
- Divulgar experiencias exitosas en todos los tipos de atenciones y servicios de partería ofertados para todos los cursos de vida, haciendo participe a la comunidad en el reconocimiento de acciones desarrolladas para fomentar su uso, más allá del acompañamiento de embarazos y partos.

Y al sector salud:

- Articular acciones que aseguren el reconocimiento y práctica de la partería en los espacios y unidades de atención institucional, incluida la gestión lugares adecuados para su ejercicio integrado con la atención occidental, la garantía del derecho a educar y ser educado según los saberes propios (p.e. cursos de preparación para la paternidad y maternidad) y la posibilidad de brindar acompañamiento en las consultas preconcepcionales y la educación del cuidado femenino, masculino y la sexualidad, no solo para miembros y familias de la comunidad, sino también para externos que manifiesten su interés por este tipo de atenciones.
- Promover y apoyar el desarrollo de acciones de sensibilización, formación y promoción de la partería entre las mujeres de la comunidad de acuerdo con sus usos, costumbres y tradiciones con el fin de incrementar el número de aspirantes y caminantes esta práctica, con la participación y guía técnica y ancestral de las parteras existentes.

4. Contradicciones entre la planificación familiar y la continuidad biológica y cultural

Para superar los retos que impone este nudo problemático de alta sensibilidad cultural y comunitaria, la comunidad cuenta con un importante proceso de abordaje integral de la mujer desde lo saberes de partería, en todos sus cursos de vida y transiciones biológicas, que permiten su acompañamiento desde la educación, la prevención y el manejo resolutivo de sus necesidades referentes a la planificación de sus familias.

Un recurso invaluable con el que cuenta la comunidad es su propensión al diálogo como mecanismo para la resolución de conflictos identificada durante la caracterización, pues representa una

fortaleza para la superación de la tensión que plantea el nudo. Al respecto, es importante reconocer también como un activo para la discusión, a las mujeres interesadas en fortalecer su desarrollo personal, académico y profesional y han decidió posponer o descartar su procreación y aquellas que no hacen uso de la anticoncepción y desean tener hijos, pues entre estos dos grupos que pueden buscarse explicaciones, alternativas y consensos para superar las tensiones y encontrar oportunidades de adaptabilidad a las nuevas circunstancias y porque son quienes a la larga, podrían brindar el equilibrio poblacional requerido.

En este orden de ideas, se recomienda al CIMB:

- Afianzar las acciones de fortalecimiento de las relaciones familiares, propendiendo por la preparación de parejas, el cumplimiento del proyecto de vida de las personas y el desarrollo académico, económico, espiritual y cultural que permita a las familias garantizar estabilidad y proyectar la tenencia de sus hijos. En este sentido, es crucial concientizar a las parejas de que la responsabilidad de la planificación familiar recae en ambos sexos y orientar todas las acciones bajo este principio.
- Desarrollar espacios de reflexión y discusión bajo metodologías propias con la participación de miembros de toda la comunidad en los que se indaguen (con la guía de las autoridades políticas y espirituales y un alto protagonismo de las parteras), las consideraciones, explicaciones y expectativas de los diferentes grupos y personas con interés en la discusión con miras a la búsqueda de alternativas y consensos mínimos.

Y al sector salud:

- Garantizar el acceso a métodos seguros y óptimos para la regulación de la fecundidad para ambos sexos, así como la educación

para su adecuado uso y acertada planificación del proyecto de vida y familiar, siempre en el marco del reconocimiento del pensamiento de la comunidad Muisca de Bosa acerca de la anticoncepción y el parto institucionalizado.

- Crear un colectivo de seguimiento a la estructura poblacional de la comunidad conformado por miembros de la comunidad y el sector, que analice sistemáticamente desde una perspectiva intercultural y transdisciplinar sus tasas de natalidad y mortalidad, los factores que la modifican y formule recomendaciones permanentes a las autoridades indígenas y distritales con interés o en el fenómeno.

5. Pérdida y transformación del territorio ancestral

La Ley 160 de 1994, los decretos 1071 de 2015 y 2353 de 2019, dos planes de manejo Ambiental (humedales Tibanica y Chiguasuque), un test de proporcionalidad (La marlene), los acuerdos de consulta previa del Edén el Descanso y el capítulo Muisca (basado en su territorialidad) de la Política Pública Indígena del distrito, junto con la larga experiencia organizativa, política y comunitaria, un profundo arraigo y sentido de pertenencia territorial, y conocimientos sobre su ordenanza actual y ancestral, son herramientas fundamentales para contrarrestar la sensible fractura producida por la pérdida y transformación del territorio Muisca de Bosa.

A partir de lo anterior se recomienda al CIMB:

- Radicalizar la exigencia de consultas previas, libres e informadas para todas las acciones que se realicen en el territorio ancestral y posicionarlas como instrumentos que armonizan la planificación territorial.
- Promover, en cabeza de los estantillos de Gobierno y Justicia Propia y Territorio, pro-

cesos de territorialización que permitan la ocupación y apropiación de espacios culturales de la localidad, en lo que la visita frecuente y la recuperación de ceremonias y peregrinaciones con ofrendas y agradecimientos para llevar alimento a sitios sagrados de la localidad o cercanos a ella son poderosas herramientas culturales y espirituales.

- Desarrollar acciones políticas y jurídicas para que las familias puedan acceder a oportunidades de viviendas culturalmente adecuadas (fincas o casa lotes que permitan el cultivo, la producción de semillas propias la y cría de animales) en el territorio y el mejoramiento de su calidad de vida como mecanismos de fomento a la permanencia.

- Desarrollar acciones políticas y jurídicas para que personas y familias de la comunidad puedan acceder a oportunidades laborales y degeneración de ingresos que no impliquen un mayor desuso y desapropiación de espacios, saberes, usos, costumbres y tradiciones.

- Desarrollar acciones comunitarias desde el pensamiento propio y con la guía de las autoridades del estantillo de Territorio en torno a la cultura de cuidado y protección territorial, así como el reconocimiento comunitario y sentido de pertenencia por los sitios sagrados ancestrales.

Y al sector salud:

- Fortalecer el uso de la consulta previa y asegurar el seguimiento técnico, jurídico y financiero del cumplimiento de los acuerdos que de ellas se deduzcan.
- Crear un espacio de diálogo y concertación con los sectores de Ambiente y Hábitat para que en el marco del enfoque diferencial se elabore un instrumento de política pública que garantice el derecho a la vivienda digna

que salvaguarde la memoria ancestral y los usos y costumbres de la comunidad.

- Materializar y crear una instancia de seguimiento al cuidado y protección de los sitios sagrados y humedales consagrado en los planes de manejo y reconocer y declarar los sitios sagrados como patrimonio indígena y lugares sagrados de la comunidad Muisca.

6. Contaminación territorial

Además de los recursos y oportunidades mencionados en el nudo anterior, para combatir la contaminación territorial se cuenta con diferentes proyectos ecoambientales, de sostenibilidad económica, producción de alimentos y plantas y cuidado del territorio que representan experiencia, conocimientos y redes de cooperación, pero también el interés y decisión de la comunidad por recuperar su entorno, especialmente el río Tunjuelito que en sus familias y su arraigo territorial encuentra significativas potencialidades para su recuperación, cuidado y pervivencia ambiental y territorial.

Ahora además se cuenta con los resultados de la presente caracterización que integra variados elementos que permiten conocer, desde una perspectiva transdisciplinar las condiciones poblacionales y territoriales, incluidas las principales afectaciones sentidas por la comunidad y sus intereses de recuperación, entre otras oportunidades de análisis y acción. Con fundamento en lo anterior, además de lo expuesto en el nudo anterior, se recomienda al CIMB:

- Brindar acompañamiento y capacitación a las familias que realizan la actividad de reciclaje con el fin de impulsar prácticas de cuidado del entorno y desarrollar un mecanismo de seguimiento y fortalecimiento a pequeñas empresas de reciclaje que no

cuentan con adecuados sistemas de manejo de sus residuos y desechos.

- Diseñar y articular entre los estantillos y con la interinstitucionalidad una estrategia de corto, mediano y largo plazo para el cuidado territorial, la garantía de condiciones de salubridad en torno a las rondas de los ríos, la mejora en el manejo y disposición de residuos y el control de plagas y vectores y su impacto en la salud con el liderazgo del estantillo de Educación Propia.
- Diseñar en acuerdo con la comunidad procedimientos de justicia propia para acciones contaminantes del río y aplicar los que pudieran existir para la rearmonización.
- Concientizar a la comunidad respecto a la importancia de que los pagos no generen una mayor contaminación del territorio y los sitios sagrados, estimulando el uso de ofrendas pequeñas que son igualmente poderosas y deseadas por la Madre Tierra.

Para el sector salud se recomienda:

- Desarrollar de la mano de las autoridades tradicionales y el gobierno propio, un programa de investigación técnico-científica y espiritual para precisar los niveles de contaminación del río Tunjuelito y sus principales afectaciones territoriales, culturales y poblacionales y diseñar y desarrollar concertadamente acciones para su recuperación y mitigación de impactos.
- Implementar nuevas propuestas ecoambientales para la recuperación de las aguas y de las riberas de la Zona de Manejo y Preservación Ambiental (ZMPA) de los ríos que permitan su recuperación y la de los ecosistemas circundantes.

7. Afectaciones y desuso de prácticas espirituales

A parte de las diferentes normas que ya se han venido mencionando, para lograr superar las afectaciones y el desuso de sus prácticas espirituales, la comunidad cuenta principalmente con su deseo de recuperarlas, para lo cual la identificación de intereses familiares e individuales para la recuperación conocimiento y mantenimiento de costumbres, tradiciones y saberes espirituales realizada durante el proceso de caracterización, es un insumo de valor. Muy reconfortantes y poderosas son la recuperación del bastón de mando de la comunidad y el acompañamiento recibido por parte de diferentes pueblos indígenas hermanos en el proceso de renacer espiritual y cultural.

Para que el CIMB pueda contribuir a hacer frente a este nudo problemático se recomienda:

- Fortalecer el reconocimiento, práctica y divulgación de los rituales ancestrales con más alto nivel de desuso, haciendo énfasis en su importancia a nivel espiritual, cultural y político. Asimismo, es necesario difundir la naturaleza y objetivos de las prácticas espirituales, para que acciones como recibir ozca o usar plantas sean reconocidas como medicina ancestral y el tejido y la danza como ejercicios espirituales; para esto es fundamental la socialización y documentación de experiencias exitosas de sanación espiritual propias.
- Desarrollar consultas espirituales, políticas y comunitarias para explorar la posibilidad de crear un grupo de investigación y pensamiento en espiritualidad y religiosidad Muisca.
- Difundir de manera amplia y emplear para la educación propia todos los productos emanados del Contrato Interadministrativo 5141949-2023 y toda la producción sobre la

cosmovisión con la que cuenta la comunidad, a partir de un plan acción que establezca objetivos, acciones, responsables y tiempos, destinado a impactar todos los Momentos del Curso de vida.

- Sembrar dinámicas de acercamiento, articulación y aprendizaje con aquellas comunidades y familias en las cuales las prácticas han logrado permanecer con mayor nitidez, con el propósito de identificar y documentar acciones que permiten su conservación y transmisión, en términos de lecciones aprendidas y buenas prácticas.

Al sector salud:

- Crear participativamente una hoja de ruta intersectorial para el apoyo y financiación de la consolidación del Plan de Vida de la comunidad “palabra que cuida y protege la semilla”, con especial énfasis en sus estantillos de Espiritualidad y Pensamiento Propio, Medicina Tradicional y Salud, Cultura y Educación Propia.
- Las entidades del distrito, en cabeza de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, deben generar estrategias para llevar a cabo los ajustes institucionales requeridos en su estructura, con el fin de que el reconocimiento de las prácticas espirituales de la comunidad sea una realidad y haga honor a la multiculturalidad y pluriétnicidad colombiana y distrital.

8. Mortalidad por desarmonías crónicas y cáncer

En este nudo también es una oportunidad la normatividad, nacional e internacional, que propende por la inclusión de acciones de cuidado con reconocimiento de la pluriculturalidad; el Consejo de Salud de la comunidad, los grupos de parti-

cipación y articulación existentes y por supuesto la presente caracterización, en particular en los aspectos relacionados con la mortalidad originada por estas y otras enfermedades. Todos los demás productos y actividades del presente contrato interadministrativo representan un camino recorrido en la materia e insumos para su fortalecimiento.

Para este nudo problemático, además de tener en cuenta las recomendaciones para los nudos 1, 2 y 3, el CIMB debería:

- Diseñar, consolidar y volver permanentes las acciones preventivas de cuidado desde la medicina occidental y tradicional existentes, fortaleciendo hábitos de comuneros y comuneras, incluida la asistencia periódica a la atención por ambas medicinas desde antes de que aparezcan las enfermedades. En esto es importante lograr que la comunidad reconozca el valor del cuerpo desde la armonía con el territorio y se propicie el acercamiento a nuevas prácticas de cuidado y a aquellas que se encuentran en el pensamiento en salud ancestral.
- Desarrollar, con el apoyo de la SDS, una investigación mixta y preferiblemente haciendo uso de técnicas etnográficas que tenga por objetivo comprender las causas y motivos que se encuentran detrás de la falta de adherencia a los tratamientos médicos tradicionales y occidentales y la reducida asistencia consultas de control de enfermedades crónicas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La casa de medicina y las acciones de salud propias deben tener en enfoque la prevención en el marco de los usos y las costumbres, las campañas de alimentación saludable, la práctica de la actividad física y el mantenimiento de salud espiritual y mental deben tener un fuerte componente de la tradición muisca. Asimismo, se debe avanzar en el impulso de las huertas, para que el con-

sumo de alimentos sea basado en prácticas agrícolas ancestrales y saludables.

- Elaborar e implementar un programa diferencial de atención en salud y transmisión de saberes propios guardados por sabedores, médicos ancestrales, parteras, terapeutas y mayores, con el fin de afianzar conocimientos y prácticas y lograr su reconocimiento en la SDS y las instituciones distritales en general.

Para el sector salud se recomienda:

- Fortalecer las acciones intersectoriales para incrementar la efectividad de la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, cuidado y adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas y neoplásicas, integrando acciones de cuidado en medicina ancestral. Es urgente tomar contacto con las personas que han obtenido resultados de riesgo en los tamizajes de cáncer.
- Los programas del sector salud y aquellos para el fomento de la actividad física, el esparcimiento y el uso de parques, deben avanzar en el dialogo intercultural, para que cuenten con la mirada ancestral que la comunidad indígena Muisca de Bosa conserva y alcancen mayor impacto en la comunidad tras su implementación.
- Desarrollar investigaciones interculturales que profundicen en la identificación de causas de estas enfermedades y la definición de acciones apropiadas culturalmente para su detección temprana y tratamiento.

9. Situación de pobreza generalizada en la comunidad

Para encarar este complejo y estructural nudo problemático la comunidad posee experiencia en

la construcción de modelos propios; además ha logrado identificar, en parte gracias a esta caracterización, saberes, oficios, profesiones y potencialidades que permitirán orientar el desarrollo de un modelo económico propio que, si recibe el apoyo adecuado, podría contribuir sosteniblemente a la superación de los rezagos que la pobreza trae para las familias.

Las tasas de educación superior y formación para el trabajo encontradas son el principal elemento con el que cuenta la comunidad para superar en el mediano y largo plazo los retos que el nudo plantea, pero experiencias propias para la generación de ingresos como el grupo de mujeres Ata y Boza con el tejido y las huertas comunitarias; con lo que las medidas y acciones al respecto podrían tener un acento intercultural amplio.

Con fundamento en lo anterior, el CIMB podría:

- Gestionar y demandar los recursos técnicos, físicos y financieros para implementar el estantillo de Economía y sustentabilidad Propia del Plan de Vida de la comunidad
- Desarrollar procesos de fortalecimiento familiar de estrategias de educación y gestión financiera enfocadas en la cobertura de necesidades básicas y el ahorro.
- Impulsar acciones de asociatividad y agremiación que aprovechen la diversidad de capacidades y habilidades en términos de saberes propios y conocimientos profesionalizados que pueden contribuir a la sustentabilidad económica de las familias. Es necesario aprovechar económicamente y ejercer control sobre los saberes y prácticas propias como el tejido, la transformación de plantas en medicinas, y algunas culturales como la danza y la música, las cuales son explotadas, pero no generan ninguna retribución para los mayores y mayores.

Por su parte, el sector salud podría:

- Generar, con fundamento en la intersectorialidad (público, privado y ciudadanía), proyectos de desarrollo económico y educativo, potencializando las herramientas propias de la cultura y la inclusión económica en la vida ciudadana e impulsando las formas productivas y la generación de ingresos de acuerdo con las posibilidades que brinda el entorno y la realidad económica de la ciudad.
- Apoyar decididamente la consolidación del modelo de economía propia de la comunidad Indígena Muisca de Bosa a través de los sectores con responsabilidad en la materia, a partir de ejercicios de identificación de oportunidades para el emprendimiento, el desarrollo profesional, la empleabilidad, entre otros que, en el marco del gobierno propio y la autonomía, aporten al desarrollo y la sostenibilidad económica de la comunidad.

10. Transformación de prácticas productivas y económicas

Para poder atenuar los efectos del capitalismo sobre las prácticas productivas y económicas propias, es también imprescindible el activo del conocimiento, pero en este caso, el tradicional, que en la actualidad se encuentra en manos de mayores, mayores, sabedores y sabedoras y que para el caso suele relacionarse con la agricultura, el tejido, la pesca y el ordeño. La comunidad ha construido una base de datos de comuneros y saberes que mantienen y se cuenta con el interés de la comunidad por hacer que sus costumbres y tradiciones hagan parte de su vida cotidiana y económica, lo que constituye una fuente de motivación.

Existen también variadas experiencias de emprendimientos como la Droguería que tuvo un positivo impacto en la comunidad y su salud, los grupos de mujeres y se han identificado oportu-

nidades para la asociatividad y la comercialización de servicios y productos propios de la comunidad.

En este sentido, se recomienda al CIMB:

- Considerar las potencialidades en los perfiles, profesiones, ocupaciones y saberes de los comuneros, para fortalecer y desarrollar practicas económicas sustentables, colectivas y cercanas a las tradiciones, potenciando su formación, desarrollo y transmisión de saberes.
- Identificar y acompañar aquellas familias cuya economía aún depende de actividades agropecuarias para que las preserven, pero en condiciones que permitan el sustento familiar digno. Es indispensable fortalecer las huertas existentes, estimular su multiplicación y crear condiciones para que los medicamentos producidos por la comunidad puedan ser comercializados o comprados para su distribución en los procesos de medicina ancestral y partería.

Al sector salud:

Tomar las medidas jurídicas, administrativas y financieras necesarias para asegurar la remuneración económica de médicos ancestrales y parteras certificados por el CIMB y que prestan sus servicios a la comunidad.

Generar, con fundamento en la intersectorialidad, proyectos específicos de desarrollo económico y educativo (formación para el trabajo) potenciando las herramientas propias de la cultura y la inclusión económica adecuada a la vida citadina. En este aspecto es importante convocar la participación de entidades gremiales como la Cámara de Comercio de Bogotá, Artesanías de Colombia, organizaciones internacionales.

Asistir técnica y financieramente la implementación de una droguería comunitaria intercultural

en donde se puedan encontrar medicamentos ancestrales, y alopáticos, preferiblemente elaborados por miembros de la comunidad haciendo uso de las plantas medicinales y sagradas. Lo mismo para un laboratorio para la preparación de medicamentos con plantas medicinales en el cual se cuente con orientación del jardín Botánico y la Secretaría de Salud y por supuesto los saberes de los médicos ancestrales y parteras en la sanación física y espiritual.

11. Insuficiente participación en el gobierno propio

El contexto normativo nacional e internacional es una oportunidad para la superación de este nudo. Como complemento, debe mencionarse el reconocimiento que ha logrado el proceso de implementación del gobierno propio por más de 15 años que además lo son de aporte a la medicina propia y la salud de la comunidad con la mejora de las condiciones de atención.

La comunidad tiene a sus médicos ancestrales, parteras, terapeutas, sabedores, técnicos y profesionales de la salud que vigilan e inciden permanentemente para que el gobierno propio sea un ejercicio desde el cuidado y la ancestralidad, y de quienes se reconocen sus saberes tradicionales en salud y su aporte a la recuperación de la tradición y que podrían ejercer una importante influencia en el incremento de la participación.

A partir de lo anterior, se recomienda al CIMB:

- Fomentar en la comunidad la exigencia de derechos (que solo es efectiva mediante la participación) y el respeto a los deberes que se tienen como comuneros, con el fin de incentivar su participación consciente y responsable.
- Avanzar desde el Consejo de Salud en el desarrollo del proceso organizativo en salud

de cara a la organización de su gobernabilidad para asegurar una mayor interlocución con los diferentes niveles de la atención en salud y mejores resultados en su gestión para incrementar sus niveles de legitimidad y participación.

Y al sector salud:

- Gestionar intersectorialmente la implementación y evaluación de un proceso de diagnóstico detallado y fortalecimiento a la participación en el gobierno propio con el especial compromiso de la Secretaría Distrital de Gobierno y las autoridades tradicionales y políticas de la comunidad.
- Gestión en el campo académico en el reconocimiento y formación de parteras, sabedores y sabedoras, médicos tradicionales en temas como medicina, enfermería, epidemiología, entre otros campos del conocimiento en salud.

12. Desconocimiento y desuso de la justicia propia

En este nudo problemático la comunidad cuenta con una larga experiencia en el desarrollo de procesos organizativos y políticos que han sustentado a la comunidad que constituye la base del fortalecimiento de la estructura de gobierno propio y justicia. Existe también una ruta de manejo de casos de justicia propia que ha arrojado significativos casos de éxito.

Las familias más comprometidas con los procesos de la comunidad y el cabildo son potenciales agentes de impulso y posicionamiento de la justicia propia y promotores del pensamiento propio y la cosmovisión en la búsqueda del equilibrio de la comunidad, fin último de la justicia propia.

Se recomienda al CIMB:

- Impulsar desde el Estantillo de Gobierno y Justicia Propia, acciones para que la justicia propia sea promovida desde todos los estantillos del Plan de Vida para que se interiorice y aplique en la cotidianidad de las personas y todas las dimensiones de la vida social.
- Sistematizar, reglamentar detalladamente y socializar los procedimientos para la gestión y aplicación de la justicia propia y los mandatos en la comunidad con el objetivo de incrementar su legitimidad, confianza, apoyo, recepción y uso por parte de comuneros y comuneras.
- Divulgar con amplitud la ruta de manejo de casos de justicia propia junto con sus éxitos y la experiencia ha tenido el cabildo, para de ese modo aumentar la confianza de los comuneros en tales formas de acompañamiento jurídico.

Y al sector:

- Gestionar intersectorialmente la implementación y evaluación de un proceso de diagnóstico detallado y fortalecimiento del reconocimiento y uso de la justicia propia con el especial compromiso de la Secretaría Distrital de Gobierno y las autoridades tradicionales y políticas de la comunidad.
- Promover y garantizar el reconocimiento respetuoso del gobierno propio y la estructura organizativa del cabildo en cumplimiento de la legislación vigente, lo cual debería incluir que los diferentes estantillos pudieran interlocutar y recibir apoyo de sus entidades análogas en el gobierno distrital.

13. Ambivalencias entre el deterioro y la recuperación de las prácticas culturales

Uno de los recursos más valiosos de la comunidad para desequilibrar las tensiones en favor de la recuperación cultural, está en la aún vigente transmisión de saberes y ancestrales a partir de la oralidad que tiene una tradición milenaria de reproducción de historias que expresan y conservan la cultura, sus ideas y prácticas.

Es notable la experiencia del festival Jizca Chía Zhue como corazón cultural de la comunidad y parte de la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial de Bogotá y que cuenta con un plan de salvaguarda. También son un insumo de alto valor y actualidad, los productos y actividades del presente contrato interadministrativo que tienen propósitos de preservación cultural y han representado la investigación, revitalización, documentación y divulgación cultural, especialmente en relación con la salud.

Se recomienda al CIMB:

- Continuar la recuperación de las prácticas ancestrales desde la tradición oral con abuelas y abuelos, en torno al cuidado y buen vivir individual, familiar y comunitario como un saber cultural que debe enseñarse desde la primera infancia y para el cual las instituciones educativas deben fortalecerse culturalmente.
- Investigar, aplicar y difundir, con la articulación de los estantillos de Educación Propia y Cultura, los conocimientos y las prácticas culturales tradicionales, asegurando materiales y docentes propios, así como la disponibilidad de espacios adecuados para la implementación de talleres culturales y artísticos que sigan las tradiciones, usos y costumbres de la comunidad.
- Impulsar encuentros familiares e intergeneracionales en diferentes lugares del territorio mediante el desarrollo de actividades

propias como mingas, pagos y visitas al territorio y fortalecer el desarrollo de estas mismas actividades en el contexto del PEC y con las nuevas generaciones.

Al sector salud:

- Propender intersectorialmente, por el respeto, cuidado y preservación de las ideas y prácticas culturales Muisca con un enfoque diferencial y en diálogo entre autoridades distritales y tradicionales (estantillos) impulsando su ejercicio en el marco de la autonomía y la libre determinación de la comunidad.
- Colaborar con la comunidad en la creación de escuelas de participación comunitaria para fortalecer saberes y prácticas culturales y en salud como el uso de las plantas medicinales y el cultivo, preparación y consumo de alimentos propios.
- Incluir en el proceso de medicina propia prácticas como el tejido, la danza o la música como lugares culturalmente reconocidos de sanación y sensibilizar a la comunidad respecto a que las prácticas culturales siempre tienen un componente espiritual y son sanadoras.

14. Dificultades de participación en espacios de transmisión de saberes propios

6 años de experiencias en el diálogo, indagación y construcción del PEC que han permitido la construcción de un concepto de educación propia para la comunidad, sus actores vitales, contenidos, herramientas pedagógicas y rutas metodológicas (en la actualidad) son una importante herramienta en este nudo. Además, el PEC ha permitido ampliar la participación y ha puesto en un lugar importante a la educación propia en relación con los retos para la transmisión de saberes y el reconocimiento de usos y costumbres.

Además del PEC, la comunidad cuenta con una Casa de pensamiento intercultural en donde se atiende a niños y niñas en primera infancia que tiene una trayectoria de más de 10 años y hace parte de las acciones afirmativas de la política pública indígena del gobierno distrital. Esta casa es operada por un cuerpo administrativo y docente con pertenencia étnica y mediante sus sabedores desarrolla procesos de transmisión de conocimientos propios en tejido, gobierno propio, agricultura y música y danza para niños indígenas y no indígenas.

A partir de lo anteriormente descrito, se recomienda al CIMB:

- Dinamizar y diversificar los espacios de transmisión de conocimiento, socializándolos y estableciendo una ruta efectiva para el acceso y participación la comunidad, haciendo uso de formas de convocatoria y desarrollando temáticas teniendo en cuenta los diferentes Momentos del Curso de Vida a partir de los resultados de la presente caracterización.
- Incluir como propósito de todas las acciones de transmisión de conocimientos propios y recuperación cultural (y en general de todas las desarrolladas por los estantillos del Plan de Vida), la apropiación y fortalecimiento del Ser Muisca según el conocimiento ancestral, las tradiciones, usos y costumbres.

Al sector salud:

- Posicionar el respeto por el sistema de conocimiento Muisca como elemento imprescindible en el diálogo igualitario entre autoridades distritales y tradicionales, de modo que se avance en su reconocimiento, preservación y fortalecimiento. Asimismo, se deben difundir articuladamente los sistemas de conocimiento Muisca, sus resultados y contribuciones al desarrollo de la localidad y la ciudad.
- Tomar las acciones necesarias para que, en articulación con la Secretaría de Educación Distrital, se logre la financiación del Sistema de educación propia, su sostenibilidad e implementación pronta para la consolidación de acciones de recuperación de saberes propios y el incremento de la participación en sus procesos.
- Fortalecer los grupos y consejos del cabildo por medio de la implementación de una escuela de formación de saberes propios que propicie encuentros para la transmisión e intercambio de saberes y que involucre niños, niñas, jóvenes, adultos y mayores de la comunidad como aprendices y líderes de los procesos para la recuperación de las prácticas ancestrales.

Referencias bibliográficas

Ardila, E. (2018). *Las enfermedades crónicas*. *Biomédica*, 38(1), 5-6. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005&lng=en&tlng=es.

Breilh J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1):13-27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (1999). “*Algunas anotaciones preliminares sobre la situación actual de la comunidad Muisca de Bosa*”. En Cabildo Muisca de Suba (Ed.) *Los Muisca, un pueblo en reconstrucción*. Dirección de participación ciudadana, Alcaldía mayor de Bogotá

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (2020a). *Palabra que cuida y protege la semilla: Plan de Vida de la Comunidad Indígena Muisca de Bosa*. Bogotá.

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (2020b). *Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Población Indígena Cabildo Muisca de Bosa*. 2020. SDS-CIMB

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (2023a). *Capítulo de profundización. Medicina Tradicional y Partería de la Comunidad Muisca de Bosa*. SDS-CIMB

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (2023b). *Documento memoria Conceptos propios desde los usos y costumbres de la medicina tradicional de la comunidad Muisca de Bosa*. SDS-CIMB

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB]. (2023c). *SUNA bastón de la gobernabilidad*. SED-CIMB. <https://cabildomuiscabosa.org/estantillo-de-gobierno-y-justicia-propia/>

Cabildo Indígena Muisca de Bosa [CIMB] y Secretaría Distrital de Salud [SDS]. (2009). *Fortalecimiento de las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas de Bogotá afiliados a ASCAI como estrategia para formular un modelo de salud intercultural*. *Perfil epidemiológico de las comunidades*, octubre 2008 - marzo 2009. SDS-CIMB

Camacho, J., Frías, M., López, K., García, J., González, P. y López, J. (2024). *Estrés percibido y consumo de alcohol en indígenas*. *Enfermería Global*, 23(1), 182-205. <https://doi.org/10.6018/eglobal.575661>

Castiblanco, C. (7 de noviembre de 2023). *¿Cuáles son los beneficios de tramitar y obtener el certificado de discapacidad?* *Alcaldía de Bogotá*. Recuperado el 31 de marzo de 2024 de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cuales-son-los-beneficios-de-tramitar-el-certificado-de-discapacidad>

Carrasquilla, J. (1989). *Quintas y estancias de Santafé y Bogotá*.

Clínica Medellín. (15 de marzo de 2019). *Entender la importancia del tamizaje de cáncer*. Clínica Medellín. <https://www.clinicamedellin.com/contacto-vital/abece-de-salud/entender-la-importancia-del-tamizaje-de-cancer/:~:text=El%20tamizaje%20ayuda%20a%20detectar%20en%20ausencia%20de,las%20probabilidades%20de%20que%20el%20paciente%20pueda%20curarse>.

Correa, F. (2004). *El Sol del poder: simbología y política entre los Muisca del norte de los Andes*. Universidad Nacional de Colombia.

Cuenta de Alto Costo. (s.f.). *¿Qué es cáncer?* *Cuenta de Alto Costo*. <https://cuentadealtocosto.org/cancer/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]. (2022). *Boletín técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV- 2022*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE]. (2023). *Pobreza monetaria. Resultados 2022*. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/pres-PM-2022.pdf>

Decreto 762 de 2018 (Gobierno de Colombia). *Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas*. 7 de mayo de 2018. D.O. 50586 <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86303>

Durkheim, E. (1928). *El Suicidio: un estudio sociológico* (M, Ruiz-Funes, Trad.) Ed. Reus S.A. (Trabajo original publicado en 1897)

Gleason, E., Molina, D., López, J., y Mejía, C. (2021). “*Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad*”: *experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas*. *Salud colectiva*, 17, e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>

Gómez, P. y Reyes, F. (2017). *Epílogo El parto en pareja: concepciones muisca contemporáneas del ordenamiento territorial y familiar*. En César Augusto Niño (Comp.) *Hijas de Bachué: Memoria e indigeneidad desde las mujeres muisca*, (pp. 178-196). Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/28174>

Gómez, R. (2023). *Muyscas de Bosa: un pueblo indígena originario de Bogotá* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repository.unal.edu.co/handle/unal/83761>

Gómez, Y, y Ortiz, M. (2020). *Parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto* [Tesis de especialización, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78858/1023934277.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gutiérrez, A. (2020). *La problemática de adicciones en pueblos indígenas de Colombia y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Revista de derecho (Valdivia), 33(2), 205-228. <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v33n2/0718-0950-revider-33-02-205.pdf>

Henderson, H. (2008). *Alimentando la casa, bailando el asentamiento: explorando la construcción del liderazgo político en las sociedades Muisca*. En J. Gamboa (Ed.) *Los muiscas en los siglos XVI y XVII: miradas desde la arqueología, la antropología y la historia* (pp: 40-63). Ediciones Uniandes.

Henderson, H. (2017). *La formación de comunidades cacicales y la desigualdad política: retos para comprender el cambio social*. Revista colombiana de antropología, 53(1), 241-268. <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/10>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. McGraw Hill/ Interamericana Editores SA.

Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., CIMB, SDS. (2006). *Ziscagoscua. Manual de Salud para la Comunidad Indígena Muisca de Bosa*.

Langebaek, K. (2008). *Dos teorías sobre el poder político entre los muiscas. Un debate a favor del diálogo*. En J. Gamboa (Ed.) *Los muiscas en los siglos XVI y XVII: miradas desde la arqueología, la antropología y la historia* (pp. 64-93). Ediciones Uniandes.

Latorre, E. (2016). *Educación Privada vs Pública: Análisis de los efectos en los exámenes PISA para Colombia en el 2012* [Tesis de grado, universidad EAFIT]. <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/9748>

Ley 89 de 1890 25 de noviembre. *Por la cual se determina la manera como deben ser gobernados los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada*.

Ley 1618 de 2013. *Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. 27 de febrero de 2013. D.O. 48717. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685302>

Lopera, S. y Rojas, S. (2012). *Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública*. Medicina U.P.B., 31(1): 45-52. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/download/1750/1546/2960>

López Rodríguez, M. (2005). *Los resguardos, muiscas y raizales de la sabana de Bogotá: espacios sociales de construcción de la memoria*. En A. M. Gómez Londoño, *Muiscas, representaciones, cartografías y etnopolíticas de la memoria* (pp. 332-347). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Madrid, N., Aguirre, C. y Ramírez, A. (2016). *Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015*. Revista CES Derecho, 7(2), 72-83. <https://doi.org/10.21615/cesder.7.2.5>

Manual MSD. (Enero de 2024). *Trastornos convulsivos*. Manual MSD. Versión para el público general. Recuperado el 25 de marzo de 2024 de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>

Martínez, S., Chiguasuque, M. y Casallas, R. (2006). *Ziscagoscua: Manual médico para la Comunidad Indígena Muisca de Bosa*. Bogotá: Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.

Martínez, S., Casallas, R. y Chiguasuque, M. (2007). *Los Seres del Agua. Memoria, contaminación ambiental y cultura en el Cabildo Indígena Muisca de Bosa*. Bogotá D.C. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E

Medline Plus. (30 de abril de 2022). *Psicosis*. Medline plus en español. Recuperado el 25 de marzo de 2024 de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001553.htm>

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente*. Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2020). *Instrumentos sugeridos en la valoración integral para detección temprana de riesgos o alteraciones*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instrumentos-aplicacion-sugerida-rpms.pdf>

Oliva, P. y Narváez, C. (2013). *Cumplimiento de tratamientos farmacológicos: una aproximación cualitativa a la realidad pehuenche*. Medwave, 13(06).

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (19 de septiembre de 2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*. Nota descriptiva. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (16 de septiembre de 2023). *Enfermedades no transmisibles*. OMS. Recuperado el 31 de marzo de 2024 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.a). *Actividad física*. PAHO. Recuperado el 26 de marzo de 2024 de <https://www.paho.org/es/temas/actividad-fisica>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.b). *Clasificación de los alimentos y sus implicaciones en la salud*. Recuperado el 21 de abril de 2024 de https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/clasificacion_alimentos.pdf

Ospina, E., Liscano, Y., y Pachón, S. (2021). *Automedicación en salud bucal en indígenas Muiscas, Yanakunas y Pijaos de Colombia*. Ciência & Saúde Coletiva 26(3), 5251-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34702019>

Páramo, E. (1994). *Monografía Histórica de Bosa*. Colombia Nueva Ltda.

Popkin, B. (2020). *El impacto de los alimentos ultraprocesados en la salud*. 2030. Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 34. Santiago de Chile. FAO.

Pulido, A. (2011). *El crecimiento urbano de la localidad de Bosa: El caso del Cementerio Municipal 2000-2006*. Monografía de grado para obtener el título de Historiador. Pontificia Universidad Javeriana <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27147/Segundaparteterritorialidadescapitulo1teritorio2020pablogomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rencoret, G. (2014). *Embarazo gemelar*. *Obstetricia y ginecología*, 25(6), 964-971.

Rivas, G., Domínguez, M., Astray, J., Génova, R., Rodríguez, A. y Esteban, M. (2009). *Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud*. *Rev. Esp. Salud Pública*, 83(6), 835-846.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600007&lng=es&nrm=iso

Rogero-García, J. (2010). *Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria*. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=en&tlng=en.

Ruiz, F. (2021). *La ruptura de las uniones en Colombia y sus diferenciales. Una aproximación biográfica a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. *Revista CS*, (33).<https://doi.org/10.18046/recs.i33.4058>

Sánchez, E. (2009). *Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y Desafíos*, UNICEF, Oficina de Área para Colombia y Venezuela. Ed: Gente Nueva. <https://www.unicef.org/colombia/media/251/file/Pueblos%20indígenas%20Colombia.pdf>

Secretaría Distrital de Planeación [SDP]. (4 de diciembre de 2020). *En Bogotá, por cada 100 mil habitantes hay 6.379 personas con discapacidad*. SDP. Recuperado el 31 de marzo de 2024 de <https://www.sdp.gov.co/noticias/bogota-cada-100-mil-habitantes-hay-6379-personas-discapacidad>

Umaña, F. (18 de mayo de 2023). *¿Aumentan los divorcios en Colombia? En el 2023 se han separado más de 2.000 parejas*. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/vida/tendencias/divorcios-en-colombia-van-en-aumento-en-el-2023-se-han-separado-mas-de-2-000-parejas-769632>

Valencia, S. (2020). *Muerte por mano propia en el pueblo Ikꞑ de Yo'sagaka*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repository.unal.edu.co/handle/unal/78167>

Vivas, M. (8 de abril de 2022). *Lineamientos para la implementación de la RIA para la población con riesgo cardiovascular*. Consultor salud. <https://consultorsalud.com/ria-cardiovascular-lineamientos/>

Anexos

- 1. Encuesta
- 2. Plan de análisis (Ms Word)
- 3. Matriz de análisis (Ms Excel)

ISBN: 978-958-52637-3-4



**Cabildo Indígena
Muisca de Bosa**



SECRETARÍA DE
SALUD

