

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
POSGRADOS EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL RESGUARDO MUISCA DE COTA Y SU  
RELACIÓN CON ALGUNOS FACTORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y  
CULTURALES: ESTUDIO TRANSVERSAL

Trabajo de grado para optar el título de Magister en Administración de Salud

Por

NÉSTOR ANDRÉS RODRÍGUEZ ORDOÑÉZ

Tutor.

GERMÁN ZULUAGA RAMÍREZ  
MD. MSc. DSc

Bogotá D.C - 2020



## Contenido

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	5
<b>ABREVIATURAS</b> .....	6
<b>1 ANTECEDENTES</b> .....	7
<b>1.1. EL PUEBLO MUISCA</b> .....	7
<b>1.2. EL MUNICIPIO DE COTA</b> .....	8
<b>1.3. EL REGUARDO MUYSICA DE COTA</b> .....	9
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO</b> .....	11
<b>1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	13
<b>1.6. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	15
<b>2.1. POBLACIÓN OBJETIVO Y MUESTRA</b> .....	15
<b>2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL: EXPOSICIÓN Y OCURRENCIA</b> .....	15
<b>2.3. INSTRUMENTO</b> .....	17
<b>2.4. ESTUDIO PILOTO</b> .....	17
<b>2.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> .....	18
<b>2.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN</b> .....	18
<b>2.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	18
<b>2.8. SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	19
<b>2.9. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO</b> .....	20
<b>2.10. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO</b> .....	20
<b>3. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b> .....	21
<b>3.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES</b> .....	21
3.1.1. Nivel de escolaridad.....	23
3.1.2. Ocupación .....	24
3.1.3. Vivienda y densidad demográfica.....	24
<b>3.2. FACTORES CULTURALES</b> .....	24
<b>3.3. OCURRENCIAS: CONOCIMIENTOS, RECURSOS Y PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL</b> .....	25
3.3.1. Tenencia y uso de plantas medicinales .....	27
3.3.2. Prácticas de cuidados tradicionales.....	27

3.3.3.	Recurso a practicantes de la medicina tradicional .....	28
3.3.4.	Conocimiento de enfermedades tradicionales .....	28
3.3.5.	Discriminación del servicio de salud por reportar uso de medicina tradicional	29
3.4.	MEDIDAS DE ASOCIACIÓN.....	29
3.4.1.	Factores asociados con tenencia y uso de plantas medicinales.....	29
3.4.2.	Factores asociados con prácticas de medicina tradicional .....	30
3.4.3.	Factores asociados con recurso a practicantes de la medicina tradicional.....	31
3.4.4.	Factores asociados con conocimiento de enfermedades tradicionales .....	32
3.4.5.	Discriminación del servicio de salud por reportar uso de medicina tradicional y su asociación con la medicina tradicional.....	33
3.4.6.	Factores asociados a la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota	33
<b>4.</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>35</b>
4.1.	La medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota.....	35
4.2.	¿Cómo está la cultura tradicional en el Resguardo Indígena de Cota? .....	35
4.3.	Pertenencia, alimentación tradicional y vocación agrícola son factores asociados a la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota .....	36
4.4.	Aportes para la construcción de una epidemiología intercultural .....	37
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>39</b>
<b>7.</b>	<b>Anexo 1</b> .....	<b>43</b>
<b>8.</b>	<b>Anexo 2</b> .....	<b>47</b>
<b>9.</b>	<b>Anexo 3</b> .....	<b>49</b>
<b>2</b>	<b>Análisis Multivariado</b> .....	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	25
Tabla 3.....	30
Tabla 4.....	31
Tabla 5.....	31
Tabla 6.....	32
Tabla 7.....	33

## **ABREVIATURAS**

APS: Atención Primaria en Salud

CEMI: Centro de Estudios Médicos Interculturales

CIETmap: Software usado para análisis estadístico

DANE: Departamento Nacional de Estadística de Colombia

DE: Desviación estándar

IC95%: Intervalo de confianza con 95%

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Oficina Panamericana de la Salud

OR: Odds ratio

ORc: Odds Ratio crudo

ORns: Odds ratio no sesgado

SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

# 1 ANTECEDENTES

## 1.1. EL PUEBLO MUISCA

Siguiendo a (Zuluaga G. , 1995) en el siglo XVI, a la llegada de los conquistadores, habitaba en el altiplano cundiboyacense la gran población indígena muisca, de la familia lingüística *macrochibcha*, uno de los pueblos con mayor organización social en el continente americano, junto con los incas en Perú, los *tayrona* en la Sierra Nevada de Santa Marta y los *méxicas* en el altiplano mesoamericano. Los muisca, como ningún otro grupo indígena precolombino del actual territorio colombiano, habían logrado el más alto grado de centralización política y administrativa. Los personajes más importantes de la jerarquía política eran los caciques, seguidos en importancia por los capitanes.

Según Triana, el poblamiento prehistórico del Altiplano cundiboyacense ocurrió por migraciones venidas desde los Llanos Orientales, poblaciones caribes que procedían de las desembocaduras del Orinoco y del Amazonas. (Triana, 1984)

La base de la alimentación de origen vegetal entre los muisca era el maíz y la papa, acompañados por productos como la arracacha, cubios, chuguas, ibias, batatas, jistes (frísoles), calabazas, ahuyamas y pasca (quinua en quechua). Al parecer conseguían en el mercado el tomate, aguacate, chocolate y yuca, además de variadas frutas. Entre los condimentos conocían el ají, la sal y el paico. Como recurso de origen animal obtenían el venado, el conejo (*chen gui*), la fara y otros animales de caza. Criaban sucuis (el cuy nariñense) y patos moscovitas; pescaban el *guamuhyca* o capitán, uno de los pocos pescados de agua dulce en tierras frías.

Además de la actividad agrícola para el recurso alimenticio, los muisca explotaban las minas de sal, tan abundantes en esta región, trabajaban en forma intensiva el oro, el cual obtenían por intercambio con las tribus vecinas, y elaboraban los vestidos y las mantas con algodón. Mantenían un riquísimo intercambio comercial entre las confederaciones muisca de todo el altiplano cundiboyacense y con las etnias vecinas al oriente y occidente, para proveerse sobre todo de coca, oro, algodón, yopo, tabaco, esmeraldas, tomate, aguacate, chocolate, yuca, entre otros productos. (Langebaek, 1987)

No hay claridad sobre el grado de mestizaje ocurrido en estos territorios; por la severa aculturación ocurrida durante los primeros siglos, resulta difícil reconocer hoy la diferencia entre los campesinos mestizos y los pobladores indígenas. Por las características físicas y sociológicas, podríamos afirmar que todavía hay un porcentaje alto de poblamiento indígena, aunque en completo estado de campesinización. Para el censo de 1919, según Triana, de los habitantes que pueblan los Departamentos de Cundinamarca y Boyacá, el 60% habían recibido ya el mestizaje, un 36% eran blancos y puros y un 14% el rezago de indios chibchas que aún subsisten; no había cantidad apreciable de negros y mulatos. El mencionado censo habla de 50.000 indios, a los cuales habría que agregar otros 50.000 como mal clasificados.

## 1.2. EL MUNICIPIO DE COTA

Cota es un municipio del departamento de Cundinamarca, situado en la Sabana de Bogotá, sobre la Cordillera Oriental de los Andes. Su altura oscila entre 2.548 y 2.563 mts snm., con temperatura media de 13°C. Tiene un área de 56 kms. cuadrados, en su mayoría terreno plano y se extiende desde la hoya del río Bogotá por el Oriente hasta una estribación de la Cordillera por el Occidente, que lo separa de los municipios de Tabio y Tenjo; por el norte limita con Chía, por el sur con Funza y Engativá y por el Oriente, separado por el río, limita con la capital de la República. El territorio está dividido en seis veredas (Moya, Pueblo Viejo, Cetime, El Abra, Rozo y Parcelas) y el núcleo urbano. En el siglo XIX Cota tenía mayor extensión, pero le fueron segregadas Tibabuyes a Suba y cuatro veredas al municipio de Tenjo. Bañan algunos sectores de la población los pequeños ríos Cune y Chicú y las quebradas Los Manzanos (en la vereda La Moya), Cetime (en la vereda del mismo nombre) y La Fichitá (en la vereda Rozo).

Este pequeño municipio, vecino a la ciudad de Santafé de Bogotá, desde el punto de vista topográfico está dividido en tres zonas: a) al oriente, la ribera occidental del río Bogotá y las circundantes vegas inundables cubiertas por pastizales, dedicadas a la ganadería extensiva o a la instalación de empresas floricultoras, que comprende un 35% de la extensión total, b) al occidente, la vertiente oriental de una pequeña cadena montañosa que se extiende por el norte hasta Chía y Zipaquirá, con laderas muy inclinadas y que alcanzan su máxima altura en el imponente Cerro del Majuy (3.800 mts.); en las zonas vecinas al piedemonte habitan en pequeñas parcelas numerosos campesinos, la mayoría de ellos con gran arraigo indígena y constituyen, hacia las veredas de El Abra, Cetime y la Moya, uno de los tres Resguardos Indígenas que todavía existen en la Sabana de Bogotá, y c) la región intermedia, con una pequeña pendiente que se desplaza de los cerros hacia el río Bogotá, donde tiene asiento el núcleo urbano y la mayor parte de la población, constituida en líneas generales por pequeñas parcelas minifundistas hacia el norte, grandes haciendas horticultoras o ganaderas hacia el sur y la zona industrial sobre la autopista a Medellín.

La población actual llega a los 25.000 habitantes, hasta hace pocos años la mayoría de ellos campesinos agricultores, pero en los últimos años se presenta el fenómeno de inmigraciones, tanto de habitantes de clase media alta de Bogotá que buscan terrenos para construir viviendas campestres, como de trabajadores y obreros desplazados de los cinturones de la capital y que se ocupan en las empresas floricultoras y las nuevas fábricas de la zona industrial. Esta situación poco a poco va conduciendo a una rápida y desordenada urbanización del municipio y permitiría suponer que en pocos años Cota será otro barrio perteneciente a la ciudad Bogotá, tal como ya ocurrió con Suba, Usaquén, Soacha y Usme.

Hasta hace pocos años la intensa actividad agrícola minifundista de Cota, con cultivos de hortalizas (espinaca, remolacha, cilantro, perejil, alverja, tallos, zanahoria, etc.) y la tradicional producción de maíz y papa hacían de este municipio la despensa agrícola de la capital. La urbanización y el cambio de tenencia de tierras está terminando la vocación agrícola del municipio.

Como ocurre en la mayoría de la Sabana de Bogotá, una parte de las fértiles tierras fueron ocupadas por inmensas instalaciones floricultoras para la exportación, lo que ha dado el ya conocido fenómeno de "la plastificación de la sabana". Recientemente se decretó la creación de la zona industrial, sobre la autopista a Medellín, dando así impulso a la paulatina instalación de industrias de todo tipo, también en terrenos de gran fertilidad. Hay una incipiente industria "turística" de restaurantes que ofrecen alimentos típicos para los habitantes de Bogotá, quienes buscan el descanso en los fines de semana viajando a las poblaciones noroccidentales como Chía, Cajicá, Tabio, Tenjo, Subachoque y Cota. En los últimos años, muchos colegios de la capital se están ubicando en este municipio, aprovechando el hermoso paisaje y la posibilidad de contar con zonas verdes escolares.

En 1537 Cota era una población indígena cuando llegó el primer español Don Gonzalo Jiménez de Quesada. Estaba localizada a 600 metros del sitio que hoy ocupa, en la vereda llamada por esta razón Pueblo Viejo. Los primitivos habitantes de esta región fueron los Muisca. Aunque no hay datos precisos, podría afirmarse que Cota pertenecía a la Confederación de Funza, habida cuenta la corta distancia entre las dos poblaciones, aunque también podría pertenecer a la localidad de Suba. En 1570 se construyó el templo con la llegada de Fray Juan de Méndez, quien trajo un religioso dominicano para la Doctrina de Cota. Cota fue Encomienda y el primer encomendero fue Juan de Torres, acompañante de Jiménez de Quesada. Le sucedió Francisco de Tordehumos quien fundó la Capellanía de Nuestra Señora del Rosario de Cota, nombre que todavía conserva la Parroquia de esta población. A su muerte heredó la Encomienda su esposa Doña María de Santiago, pero con la visita del Oidor Diego Gómez, en 1603, se anotó que no existía pueblo a la española, exigiendo su construcción a través de la Real Audiencia, puesto que había 230 indios, lo cual ocurrió el 9 de diciembre de 1604. Para 1670 se contaron 417 indios, entre ellos el cacique Don Francisco Chitabita, un gobernador, 5 capitanes y 93 tributarios, distribuidos en las parcialidades (veredas) de Cana, Zacua, Guiquene, Chipó, Suchoque y Tibio, nombres que no perduraron hasta hoy.

Por tal razón, surgió un Acta del Oidor Gabriel de Carvajal "para que se haga la nueva población de los indios de Cota", momento en el cual llegó definitivamente la aculturación hispánica y el proceso de colonización. En 1871 el párroco Miguel Martínez Barreto propuso a los feligreses el traslado del pueblo al lugar que hoy ocupa, para aprovechar el Camino Nacional, para construir una nueva iglesia pues la vieja estaba en ruina y para cambiar de terrenos ya que este era deleznable y permitía olores pestilentes que dejaban las inundaciones del río Bogotá y los insectos perjudiciales para la salud. El 17 de marzo de 1873 se efectuó el traslado oficial de la cabecera municipal.

### **1.3.EL REGUARDO MUYSKA DE COTA**

Según Wiesner, a pesar de que a principios del siglo XIX ya no existían resguardos en la Sabana de Bogotá con la importancia de los que permanecen en zonas del Cauca y Nariño, si se conservaron algunas formas hasta mediados del siglo XX. En Chía, un municipio que queda a unos 25 kilómetros de Bogotá, en los límites entre los municipios de Cota y Tenjo, a los indios se les concentró en el cerro de Fonquetá y el resguardo fue repartido, al igual que el de Chocontá, en el año 1839. El resguardo de Facatativá hasta 1852. El de Tenjo, en el cerro Churuguaco hasta

1934; hoy subsiste una extensión de 54 hectáreas. En Tocancipá todavía se elegía cabildo gobernador en el año de 1971; a pesar de que por decreto del 14 de agosto de 1940 se dispuso su repartimiento, expropiando la parte plana y dejando la falda y el peladero para que se refugiaron allí las familias sin tierra; en 1944 la extensión del resguardo era de 35 kilómetros cuadrados, hoy día solo dispone de 1.600 hectáreas sobre la cordillera Guatavita. (Wiesner, 1992)

El resguardo de Cota se formó a raíz de una compra de tierra que hicieron tres individuos: Roque Capador, Pío León y Vicente Tovar, en el año de 1876, de unos predios que eran propiedad de las Escuelas de Cota. El valor pagado por las tierras fue de \$1.101; la compra fue obtenida mediante adjudicación al mejor postor en un remate celebrado en Bogotá, al cual solamente se presentaron las tres personas anteriormente citadas, a nombre propio y a nombre de los indígenas de Cota como quedó consignado en la cuarta cláusula de condición de la compra-venta del predio (Escritura No. 1273. VI-5/1876). Gracias a esta compra, a pesar de su baja utilidad productiva dadas las características del terreno, se dieron los pasos para la reconstitución del resguardo y su mantenimiento por más de 100 años, así como el mantenimiento de lazos de parentesco y de identidad cultural, aún en medio de un paulatino proceso de aculturación.

Su existencia fue ratificada por la Oficina de Asuntos Indígenas del Ministerio de Gobierno, mediante el oficio 8876 del 10 de septiembre de 1975. Con la emisión de este documento fructificaron ingentes esfuerzos de la comunidad por la supervivencia legal del resguardo, ya que no se han encontrado documentos oficiales que atestigüen la manera como existía desde 1876.

No obstante, en la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI, durante la transición del INCORA al INCODER como entidad gubernamental que reconoce los resguardos indígenas, se le suspendió este carácter al territorio muisca de Cota. Por tal razón emprendieron diligencias legales de tutela a partir de 2010, consiguiendo finalmente que el reconocimiento del Resguardo Indígena Muisca de Cota fuera ratificado mediante el Acuerdo N° 50 de 2018 por la Agencia Nacional de Tierras del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. (Agencia Nacional de Tierras, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2018)

El actual resguardo se encuentra sobre la parte alta del cerro Majuy, a unos dos kilómetros en línea paralela del centro del pueblo. Los límites del resguardo van desde la hacienda el Noviciado, en el norte, propiedad de la Universidad de los Andes, hasta la hacienda Gioconda en el sur. Sobre el costado occidental limita con la cuchilla del Cerro que separa a Cota de Tenjo y por el oriental con un camino que bordea el pié del mismo cerro. Su parte más alta está a 3.050 metros sobre el nivel del mar y su parte más baja a 2.600. La extensión global del resguardo es de 372 hectáreas.

## 1.4. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO

La declaración de Alma Ata, de la Organización Mundial de Salud, en su conferencia internacional sobre atención primaria de salud, afirma en su numeral VII: *“Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad”*. (Organización Mundial de la Salud, 1978)

Se reconoció que no existe una única medicina tradicional y que cada pueblo, a lo largo de los siglos, ha construido su propia medicina tradicional. Siendo la definición tan ambigua, más tarde se propuso más bien hablar de *sistemas tradicionales de salud*:

“Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales... En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social -y económica- y el ámbito geográfico -naturaleza- en el que se asienta cada cultura. Por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas.” (Organización Panamericana de la Salud, 1995)

Fue así como la OMS creó la oficina de medicina tradicional, con sede en Ginebra, Suiza, y llamó a todos los países miembros a conocer sus medicinas tradicionales y buscar su incorporación en los programas de salud pública. Aunque estos esfuerzos tuvieron algún alcance en los países de Asia y África, los avances no fueron significativos. Así, en el año 2002 la OMS establece la Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005, en la que insta una vez más a los gobiernos a la valoración efectiva de las medicinas tradicionales. (Organización Mundial de la Salud, 2002). Esta iniciativa fue renovada en el año 2013, afirmando que “la medicina tradicional es una parte importante y con frecuencia subestimada de los servicios de salud”. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

También, en el año 2007 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, incluyendo en el Artículo 24: *“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”*. (Organización de las Naciones Unidas, 2007)

Es preciso comprender que el estudio de los sistemas tradicionales de salud requiere estrategias diferentes, dado que su marco epistemológico difiere del de la medicina occidental. La OMS ha propuesto las Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional, insistiendo en que “la falta de datos de investigación se debe no sólo a las políticas de asistencia sanitaria, sino también a la falta de una metodología de investigación adecuada o aceptada para evaluar la medicina tradicional”. (Organización Mundial de la Salud, 2000)

Al reconocer la presencia de un resguardo indígena en el municipio de Cota, la Alcaldía y la Secretaría de Salud están en la obligación de acoger el llamado de la OMS para conocer y reconocer su sistema tradicional de salud. Esta propuesta de investigación, unida al programa de autocuidado y plantas medicinales que se está adelantando, es un primer paso en este propósito, en el marco del diálogo intercultural.

Además, la Constitución de Colombia de 1991 reconoció el carácter pluriétnico y multicultural de la nación y mediante la Ley 21 de 1991 adoptó el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. (Congreso de La República de Colombia, 1991) Así, mediante posteriores normas y decretos, los pueblos indígenas colombianos han adquirido cinco derechos fundamentales: identidad, autonomía, participación, territorio y desarrollo propio.

El Decreto 1953 de 2014 crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. En particular el artículo 74 define el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, SISPI, como: “el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas”. (Ministerio del Interior, 2014) De este modo, los pueblos indígenas, siguiendo pautas de nuevas reglamentaciones, están llamados a crear sus propios SISPI, en la medida de sus posibilidades sociales, culturales y económicas.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud en la 160ª reunión del Comité Ejecutivo establece una Política sobre etnicidad y salud, invitando a todos los Estados Miembros de las Américas:

“Teniendo en cuenta el compromiso de la OPS con los pueblos de la Región, la presente política llama a los Estados a tomar en cuenta la relación entre etnicidad y salud, y a promover un enfoque intercultural que contribuye, entre otros, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos, según proceda, teniendo en cuenta sus contextos nacionales, sus prioridades y sus marcos normativos. La OPS proporcionará la cooperación técnica a los Estados Miembros para la implementación de acciones con enfoque intercultural, orientadas a las siguientes líneas prioritarias: a) generación de evidencia, b) impulso de la acción política, c) participación social y alianzas estratégicas, d) reconocimiento de los conocimientos ancestrales y la medicina tradicional y complementaria, y e) desarrollo de las capacidades a todos los niveles.” (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El enfoque diferencial de los programas de salud pública está contemplado como una estrategia que permite la inclusión de la población vulnerable (afrocolombiana e indígena, entre otros) como beneficiaria de los programas, planes y proyectos de salud; este se encuentra definido, tanto en el Decreto 3039 de 2007 como en la Ley 1438 de 2011. Dicho enfoque diferencial fue

incorporado plenamente en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se hace obligatoria su aplicación para la atención a los grupos étnicos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Teniendo en cuenta que en el municipio de Cota se encuentra el resguardo indígena Muisca, se comprende que la Secretaría de Salud deberá emprender la tarea de dar cumplimiento al enfoque diferencial en salud, en seguimiento a las Leyes y normas anteriormente mencionadas. Este trabajo se ofrece como un primer paso, aún preliminar, para acercarse a la comunidad indígena y conocer de una mejor manera sus tradiciones y la condición actual de sus sistemas tradicionales de salud, que permita delinear más adelante estrategias adecuadas para garantizar el enfoque diferencial.

## **1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Poco sabemos sobre la medicina tradicional originaria de los muisca. Apenas dos trabajos nos ofrecen algunos esbozos: la obra de la antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda, (Gutiérrez Virginia, 1985) Medicina Tradicional de Colombia, y el trabajo del médico Roberto de Zubiría, La Medicina en la Cultura Muisca (Zubiría, 1986). Ambos autores coinciden en que ya para el siglo XIX habían desaparecido los especialistas médicos, en especial los jeques o chamanes. No obstante, muchas tradiciones han persistido hasta nuestros días, en especial el uso de las plantas medicinales, el recurso a parteras y sobanderos y el conocimiento de ciertas enfermedades propias de la nosología cultural ancestral.

Los habitantes del resguardo muisca de Cota, al reconocer la pérdida de su identidad cultural y de sus costumbres y conocimientos tradicionales, aunado al reconocimiento constitucional del carácter pluriétnico y multicultural en Colombia y un fuerte movimiento indigenista mundial, han emprendido desde hace 20 años un proceso de recuperación cultural que incluye el estudio de la lengua muisca, procesos de educación propia, recuperación de algunos de sus sistemas tradicionales productivos y de algunas de sus tradiciones culturales. Fue así como tienen ahora su propio centro educativo, de nombre Ubamux que traduce Semilla de Vida, que va desde sala cuna a primaria y donde entre otros, se imparte la cátedra de la lengua muisca. También dentro del territorio se encuentra el Chuntzuá o Casa Sagrada”, centro ceremonial, medicinal y de proyecciones, que está liderado por el abuelo Fernando Castillo.

Ahora el Resguardo tiene dentro de sus propósitos la recuperación y fortalecimiento de los saberes ancestrales relacionados con la medicina tradicional. Para esto es importante saber cómo está la medicina tradicional en el resguardo y qué factores han influido o ayudado a que se mantenga o se pierda. Con esta información se podrá diseñar planes y estrategias de recuperación y fortalecimiento de la medicina tradicional.

Teniendo en cuenta que nos enfrentamos a una población indígena altamente aculturada, con pérdida completa de su lengua, de su chamanismo original, de su religiosidad ancestral, de sus vestidos, ceremonias y festividades tradicionales, resulta difícil establecer cuánto remanente cultural queda en ellos. En nuestro estudio hemos pretendido aproximarnos a esta inquietud a través de prácticas vigentes en la alimentación, la permanencia de huertas y el cultivo de plantas tradicionales. Son medidas *proxi* y por lo tanto sujetas a discusión.

Para precisar la pregunta de investigación, en el marco de un convenio realizado con el Resguardo Indígena, adelantamos varios conversatorios nocturnos de diálogo intercultural en la chuntzuá, con la presencia del abuelo Fernando y los representantes de la comisión de salud del Cabildo Indígena. Fue así como se escogieron las preguntas relacionadas con recursos, prácticas, practicantes y conocimientos de la medicina tradicional muisca que se consideraron importantes para indagar en este estudio.

Se propone así, como punto de partida, un estudio epidemiológico observacional con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores demográficos, sociales y culturales asociados con la vigencia o pérdida de la medicina tradicional en el resguardo indígena muisca de Cota?

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. Objetivo General**

Establecer la prevalencia de conocimientos, recursos y prácticas de la medicina tradicional para el cuidado de la salud y su asociación con algunos factores sociales, demográficos y culturales de la población del Resguardo Indígena Muisca de Cota (Cundinamarca).

### **1.6.2. Objetivos específicos**

1. Establecer la prevalencia de algunos conocimientos, recursos y prácticas tradicionales para el cuidado de la salud en el Resguardo Muisca de Cota.
2. Establecer la prevalencia de algunos factores demográficos, sociales y culturales en el Resguardo Muisca de Cota.
3. Indagar la relación entre factores demográficos, sociales y culturales y las prácticas tradicionales para el cuidado de la salud, en el Resguardo Muisca de Cota.
4. Aportar conocimiento para la construcción de una epidemiología intercultural.

## 2. METODOLOGÍA

Se propuso un estudio transversal para establecer la prevalencia de conocimientos, recursos y prácticas de la medicina tradicional para el cuidado de la salud y su asociación con algunos factores sociales, demográficos y culturales de la población del Resguardo Indígena Muisca de Cota (Cundinamarca).

Para su ejecución se estableció un convenio entre la Secretaría de Salud del municipio de Cota y el Centro de Estudios Médicos Interculturales, una organización no gubernamental con previa experiencia en proyectos de investigación y extensión con diversas comunidades indígenas del país. (CEMI, 2019) El equipo de investigación estuvo conformado por académicos con experiencia de trabajo con comunidades indígenas en torno a sus prácticas de medicina tradicional.

### 2.1. POBLACIÓN OBJETIVO Y MUESTRA

La población objetivo correspondió a los indígenas del Resguardo Indígena Muisca del municipio de Cota, con aproximadamente 3000 personas reunidas en 700 familias, información suministrada por las autoridades del Cabildo para este proyecto. No obstante, en el Acuerdo N° 50 de 2018 (Agencia Nacional de Tierras, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2018) en el que se da reconocimiento del Resguardo Indígena Muisca de Cota, se adopta un Estudio Socio-Económico, Jurídico y de Tenencia de Tierras que contempla 316 familias con 1036 personas, 537 (51,8% ) de ellas mujeres. Por su parte, el Plan Municipal de Desarrollo 2016-2019 menciona una población indígena de 5000 habitantes (Alcaldía Municipal de Cota, 2016). Finalmente, el Censo Nacional de Población, cita 2410 indígenas, con 1210 mujeres (DANE, 2005)

En coordinación con las autoridades indígenas se estableció el marco muestral, siguiendo el censo reportado por la comunidad. Se obtuvo una *muestra por conveniencia*, considerando que el muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador y la comunidad.

Teniendo en cuenta que el estudio se propuso con un poder del 80%, un nivel de significancia del 95% y un OR estimado de 2,0 para las probables asociaciones, se calculó un tamaño de muestra de 300 personas. Hicimos una encuesta de hogar que se aplicó a madres de familia que hayan tenido por lo menos un hijo mayor de diez años. Esta consideración se hizo con base en el conocimiento previo de que las mujeres son las primeras responsables del autocuidado en salud y el hecho de que por lo menos un hijo sea mayor de diez años supone que la madre ha tenido mayores oportunidades de experimentar eventos tales como la gripa infantil, la menstruación y el puerperio, condiciones que fueron exploradas en el instrumento.

### 2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL: EXPOSICIÓN Y OCURRENCIA

Para el estudio se consideró como exposición algunos factores demográficos, sociales y culturales. Teniendo en cuenta las limitaciones de un estudio transversal, sólo se exploraron algunos de estos factores, con base en información obtenida de estudios previos sobre medicina tradicional. (Sarmiento; Zuluaga; Andersson, 2016)

- a. Factores demográficos y sociales: el nivel de escolaridad (escolaridad de la encuestada y si alguno de los hijos ha estudiado en colegio público y privado), la ocupación (ocupación de la encuestada, ocupación del compañero para las que reportan relación actual de pareja y personas del hogar que tienen trabajo fijo y reciben salario) y vivienda y densidad demográfica (si la vivienda es propia o no, calidad de la vivienda, número de familias que viven en la vivienda y número de personas que viven en la vivienda).
- b. Factores culturales: el consumo y preparación de alimentos tradicionales (chucula, mazamorra y envueltos de maíz), la tenencia de huerto y cultivo de plantas tradicionales (tallo y diosme) y ubicación en el resguardo (afuera o adentro) y descendencia local e indígena.

En relación con la indagación de alimentos tradicionales, en consenso con los miembros del resguardo se escogieron tres. La chucula, una bebida caliente a partir de una mezcla de cacao y cereales. La mazamorra, una sopa preparada con maíz. Y los envueltos, un alimento preparado con masa de maíz tierno.

En relación con la indagación de plantas tradicionales, en consenso con los miembros del resguardo se escogieron dos: Los tallos (*Brassica oleracea var. acephala*), un tipo de col sembrado en las huertas del altiplano cundiboyacense como alimento. Y el diosme (*Coleonema album*), una planta común en los huertos tradicionales, sembrada con propósitos culturales.

En relación con otros factores culturales es importante tener en cuenta que, de la población del resguardo indígena, muchas familias tienen sus viviendas y viven dentro del área del Resguardo, mientras que otras viven afuera, en otras zonas del municipio o incluso fuera del municipio. Por tal razón se preguntó si la vivienda de la entrevistada quedaba afuera o adentro del resguardo.

También en la indagación de factores culturales, es sabido que el mestizaje racial y cultural de la población que se auto reconoce como indígena ha sido un proceso paulatino desde la conquista misma, por lo que es casi imposible determinar quiénes sostienen un 100% de descendencia indígena y quiénes sostienen un mestizaje racial en cualquier proporción. Con este propósito, en consenso con los miembros del resguardo, preguntamos por el lugar de nacimiento del papá y la mamá. Aunque la respuesta no garantiza saber el grado de mestizaje, asumimos que los nacidos en Cota o en municipios que históricamente han tenido una presencia indígena muisca, tales como Tabio, Tenjo, Sesquilé, Chía, Suba, Guatavita y Sopó, tienen mayor probabilidad de demostrar su ancestralidad indígena.

Como ocurrencia se tuvo la prevalencia de la medicina tradicional. Es importante tener en cuenta que cuando se habla de medicina tradicional conviene considerar como categorías diferentes los recursos, los practicantes, el uso y la memoria y los conocimientos tradicionales. (Zuluaga G. , 2003) Por tal razón exploramos estos aspectos de la tradición médica muisca para el autocuidado de la salud:

- a. Recursos tradicionales (tenencia y uso de plantas medicinales): cultivo de plantas medicinales; consumo de plantas aromáticas en general y de plantas medicinales para el cuidado de la salud; y uso de plantas del monte.
- b. Prácticas de la medicina tradicional: cuidados tradicionales de la salud para eventos como la gripa, la menstruación y el puerperio; entierro de la placenta y práctica de baños o riegos en la vivienda.
- c. Practicantes de la medicina tradicional: recurso a parteras, sobanderos y curanderos. Hicimos una pregunta adicional indagando si consideraban que hacen falta estos especialistas en la comunidad.
- d. Conocimiento de enfermedades tradicionales: conocimiento de algunas enfermedades tradicionales, según las categorías de nosología cultural en la tradición indígena de estos pueblos. En consenso con los miembros del resguardo se preguntó por cinco de ellas (descuaje, fiebre interna, matriz caída, frío de difunto y sereno).

Aunque no fue un objetivo explícito del estudio, también hicimos una pregunta relacionada con el respeto del personal formal de salud a las prácticas tradicionales, con el propósito de seguir teniendo evidencias para la seguridad cultural. (Sarmiento I, 2108)

Como ya se indicó, la selección final de las variables de exposición y de ocurrencia, así como la identificación de factores condicionantes relevantes para ser incluidos en los instrumentos del estudio se hizo a través de un proceso participativo que vinculó a los miembros del resguardo indígena.

### **2.3. INSTRUMENTO**

Para la obtención de datos, en consenso con representantes del resguardo indígena, se diseñó el instrumento de captura, que de acuerdo con los criterios convencionales no debería tener más de 50 preguntas. El instrumento tuvo algunas preguntas de opción múltiple y selección única, otras de respuesta binaria (sí o no) y unas pocas preguntas tendrán la opción de respuesta abierta. En todas las preguntas se dejó la opción <no sabe/no responde>, para poder realizar el análisis de datos faltantes. (Ver anexo 2).

### **2.4. ESTUDIO PILOTO**

Para establecer la pertinencia del instrumento y los procedimientos de campo de la encuesta se realizó un *estudio piloto* con el 10% de la muestra esperada. Para evitar el efecto de contaminación, se propuso realizar la prueba piloto en el Resguardo Indígena del vecino municipio de Chía, teniendo en cuenta que tiene características demográficas, sociales y culturales similares, lo que permite suponer que asegura representatividad en relación con la población de Cota. Este estudio piloto siguió los mismos procedimientos de la encuesta, menos en el tamaño de la muestra, y se aplicó en 30 hogares del resguardo Muisca de Chía.

## **2.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para evitar o disminuir sesgos de información, se propuso tener encuestadoras mujeres, de manera que se facilitara la comunicación con las mujeres encuestadas, sobre todo si se incluyen preguntas relacionadas con la salud femenina. Por lo tanto, un grupo de seis (6) encuestadoras mujeres, seleccionadas de común acuerdo con el Resguardo Indígena de Cota, recibieron capacitación para seguir los procedimientos de campo y aplicar los instrumentos co-diseñados. Además, la coordinadora del Resguardo Indígena cumplió la función de facilitadora de logística y seguimiento de la calidad de la información. Antes de cada encuesta se obtuvo consentimiento informado verbal. Luego de los ajustes correspondientes, las encuestadoras aplicaron la encuesta en 471 hogares del Resguardo Muisca de Cota.

## **2.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para la digitación de los datos se utilizó la plataforma abierta *Google formularios* con captura de datos en tiempo real a través de dispositivos móviles. Se siguió el procedimiento de doble entrada para identificar discrepancias y errores de digitación. La base de datos está únicamente en poder de los investigadores del Cemi y es custodiada en servidores con protección para garantizar la seguridad de la información personal de los participantes.

## **2.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información obtenida se procesó utilizando el programa estadístico CIETmap para su análisis univariado y bivariado mediante el procedimiento de Mantel-Haenszel. El programa es una plataforma de acceso abierto que proporciona una interfase que utiliza el lenguaje estadístico R.

Para el análisis univariado, los resultados se reportaron utilizando estadísticas descriptivas, incluyendo los datos faltantes. De particular interés fueron estos datos faltantes de la encuesta, ya que era posible que el nivel de vinculación con los cuidados tradicionales determinara el interés por participar y reportar datos durante el estudio. Para definir si este sesgo de selección estuvo presente, se hizo en cada variable el análisis de datos faltantes. Encontramos que en ninguna de ellas hubo más del 10% de datos faltantes, cifra máxima acogida en los estándares internacionales de estadística biomédica, por lo que no fue necesario hacer análisis suplementario o aplicación de técnicas de imputación. Posteriormente presentamos las estadísticas descriptivas de cada variable, sin los datos faltantes.

Para el análisis bivariado se generaron variables dicotómicas, basadas algunas en criterios del promedio y otras en categorías binomiales que permitieran un adecuado contraste entre estar o no expuestas. En particular para las variables correspondientes a factores culturales y a ocurrencias de medicina tradicional se establecieron nuevas variables dicotómicas que recogieran en una categoría todas las que respondieron de manera afirmativa, en contraste con todas aquellas que respondieron en forma negativa, procurando así un mayor rigor estadístico en el análisis.

Con estas variables dicotómicas se hicieron cuatro análisis bivariados, uno para cada una de las categorías de ocurrencia de medicina tradicional (recursos, prácticas, practicantes y

conocimientos) y mediante tablas tetracóricas se procedió a calcular la razón de momios (OR) para establecer asociaciones entre presencia o ausencia de factores demográficos, sociales y culturales con la presencia o ausencia de cada una de las cuatro ocurrencias de interés. Para cada OR se calcularon intervalos de confianza del 95%.

Al terminar los análisis bivariados, se seleccionaron aquellos factores demográficos, sociales y culturales que mostraron asociación estadísticamente significativa con cada una de las cuatro ocurrencias de medicina tradicional, para determinar cuáles de ellas estaban presentes en una, dos, tres o las cuatro ocurrencias.

Un análisis adicional se hizo para la pregunta sobre si habían sido maltratadas por los servicios de salud al reportar prácticas tradicionales, estableciendo su frecuencia y su asociación con los factores demográficos, sociales y culturales, tanto en los análisis univariados como en los análisis bivariados, con el propósito de explorar su importancia para la seguridad cultural. Con estos resultados, se presenta la discusión y las conclusiones del estudio.

## **2.8. SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Era probable encontrar sesgo de selección, puesto que las encuestas se hicieron en el hogar, por lo que es posible que sólo estuviesen presentes aquellas mujeres que no estudian o no trabajan fuera del hogar. Para disminuir este sesgo, se tuvo la disponibilidad de que las encuestas fueran realizadas en horario abierto, incluyendo horas nocturnas y fines de semana.

También era posible encontrar sesgo de información, puesto que la encuesta se realizó en el marco de un programa de recuperación de la medicina tradicional indígena, por lo que podía esperarse una sobreestimación en el reporte de la prevalencia de conocimientos, recursos y prácticas tradicionales, en especial si la encuestada es una persona mayor. Un análisis estratificado por grupos étnicos procuró detectar este posible factor de confusión.

Como suele ocurrir con los estudios transversales, (Hernández M, 2000) existe el riesgo de tener sesgo de memoria, puesto que algunas de las respuestas dependerán de si la mujer encuestada ha experimentado o no el evento. La selección de mujeres madres y que tengan por lo menos un hijo mayor de diez años procuró evitar o disminuir este sesgo.

La investigación tiene las limitaciones propias de los estudios transversales. Por un lado, sólo permite obtener prevalencias lápsicas. Por el otro, dado que el universo de la medicina tradicional indígena es poco conocido, sólo se pueden abordar unas pocas variables muy generales, que reconocemos como *medidas proxy*. Por lo tanto, este estudio se propuso como una aproximación preliminar general a la medicina tradicional del Resguardo Indígena de Cota.

Otra limitación evidente es el intento por estudiar prácticas tradicionales indígenas, desconocidas para la medicina occidental, que estamos lejos de comprender y aún de admitir su posible eficacia para la prevención y el mantenimiento de la salud. Esta preocupación ya ha sido advertida por la OMS. Se hace difícil que los resultados de este estudio tengan posibilidad de comparabilidad con la información científica existente y por lo tanto de aplicar su validez externa.

## **2.9. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

Con este estudio, al saber que en el municipio de Cota hay un resguardo indígena debidamente reconocido, la Alcaldía y la Secretaría de Salud comienzan a dar cumplimiento a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de reconocer y valorar su sistema tradicional de salud. En esa misma medida, da inicio al cumplimiento de obligatoriedad constitucional en Colombia de brindar un enfoque diferencial de salud.

Al procurar una investigación participativa, en el que el pueblo indígena participó en todas las etapas de la investigación, el estudio recogió los principios éticos de investigación médica en comunidades indígenas. Así mismo, los resultados permitirán al Resguardo Indígena Muisca de Cota tener herramientas para informar su proceso de planeación propia, en el marco de la actualización de su plan de vida, para proponer acciones pertinentes con base en datos epidemiológicos que permitan la recuperación y el fortalecimiento de su sistema tradicional de salud.

## **2.10. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO**

Aunque este proyecto involucró participantes humanos, se considera que el instrumento no contiene información de carácter sensible, por lo que entra en la categoría de investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con la Resolución No.8430. (Ministerio de Salud de Colombia, 1993)

El estudio siguió el modelo de una investigación epidemiológica clásica que buscó vincular a las comunidades a lo largo del proceso de generación de conocimiento y discutir con ellas los resultados de manera que puedan ser aprovechados para generar cambios positivos en sus condiciones de vida. La participación directa de miembros del Resguardo siguió los principios de beneficio, participación activa y capacitación y fortalecimiento de capacidades propias establecidas por el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud. (Zuluaga G. , Una ética para la investigación médica con comunidades indígenas, 2013)

Se vinculó a un miembro del resguardo como coordinadora de campo quien recibió capacitación adicional para que su papel fuese cada vez más activo en los componentes de diseño, ejecución, análisis y evaluación de la investigación. Además, las encuestadoras fueron seleccionadas de común acuerdo con las autoridades de la comunidad indígena. Los procedimientos para la realización de la encuesta también fueron definidos en coordinación con ellos.

El Cemi concertó el estudio con las autoridades del Resguardo Indígena, quienes lo consideraron pertinente y expresaron su interés por participar. De acuerdo con los principios éticos de investigación ya mencionados, se firmó un Convenio Comunitario para una investigación y Convenio para compartir información. (Ver Anexo 1) Dentro de los procedimientos descritos abajo para el instrumento, se contempló también consentimiento informado individual de cada una de las personas que lo respondieron.

### 3. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

#### 3.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

Respondieron a la encuesta 471 madres de familia pertenecientes al Resguardo Indígena de Cota que han tenido por lo menos un hijo mayor de diez años, lo que superó la expectativa mínima para el tamaño muestral de 300 mujeres. Esto confirma que la convocatoria para el estudio fue bien promovida por las autoridades del cabildo y bien acogida por la comunidad.

En las mujeres encuestadas encontramos un promedio de 48,8 años (desviación estándar (*de*): 14.4). El 44,6% (210/471) es mayor de 49 años, edad estimada por la OMS para el límite de la edad fértil. (Organización Mundial de la Salud, 2020) El 62,7% (295/471) de las mujeres encuestadas está casada o en unión libre y 18,5% (87/471) no ha tenido pareja estable.

En la Tabla 1 presentamos las frecuencias de los factores demográficos, sociales y culturales explorados en el estudio.

*Tabla 1. Factores, Demográficos, Sociales y Culturales en el Resguardo Indígena de Cota, 2019*

<u>Factores demográficos y sociales</u>	<u>Expuestos/Total</u>	<u>%</u>
<u>Nivel de escolaridad</u>		
La encuestada no tuvo estudio	13/471	2,8%
La encuestada estudió primaria	165/471	35,0%
La encuestada estudió secundaria incompleta o completa	186/471	39,5%
La encuestada estudió técnico, universitario o profesional	107/471	22,7%
Alguno de los niños estudia o estudió en colegio público	393/471	83,4%
Alguno de los niños estudia o estudió en colegio privado	181/471	38,4%
<u>Ocupación</u>		
La encuestada trabaja en oficios varios, agricultura o el hogar	393/471	83,4%
Otras ocupaciones: profesional, técnica, estudiante, oficinista o vendedora	78/471	16,6%
La encuestada trabaja en agricultura o el hogar	235/471	49,9%
El compañero de la encuestada trabaja en agricultura	75/294	25,5%
Más de una persona del hogar sí tiene trabajo fijo por el que recibe salario	217/471	46,1%

Ninguna persona del hogar tiene trabajo fijo o recibe salario	37/471	7,9%
---	--------	------

Vivienda y densidad demográfica

Vivienda propia	363/466	77,9%
Vivienda de buena o muy buena calidad	332/471	70,5%
Una sola familia viviendo en cada casa	335/471	71,1%
Dos o más familias viviendo en cada casa	136/471	29,9%
Viven de 1 a 4 personas en cada casa	284/471	60,3%
Viven 5 o más personas en cada casa	187/471	39,7%

Factores culturales

Expuestos/Total    %

Consumo de alimentos tradicionales

Consumen mazamorra	352/471	74,7%
Consumen chucula o cacao	281/471	59,7%
Preparan envueltos	271/467	58,0%
Consumen mazamorra, chucula y preparan envueltos	186/467	39,8%
No consumen mazamorra, ni chucula, ni preparan envueltos	66/471	14%

Huerto y cultivo de plantas tradicionales

Tienen huerta en la casa	248/471	52,7%
Tienen sembrado tallos	131/471	27,8%
Tienen sembrado diosme	100/466	21,5%
Tienen huerta y tienen sembrado tallos y diosme	44/466	9,4%
No tienen huerta, ni tallos, ni diosme	190/466	40,3%

Ubicación en el resguardo y descendencia local e indígena

La casa está ubicada dentro del resguardo	251/470	53,4%
Su papá nació en Cota	254/447	56,8%
Su papá nació en un municipio de influencia indígena muisca	288/447	64,4%
Su mamá nació en Cota	259/469	55,2%

Su mamá nació en un municipio de influencia indígena muisca 301/469

64,2%

Fuente: Construcción propia del autor con base en la información obtenida.

### 3.1.1. Nivel de escolaridad

El 2,8% (13/471) de las encuestadas respondió que no tuvo estudio. El 35% (165/471) reportó haber estudiado solo la primaria, el 39,5% (186/471) secundaria incompleta o completa, y el 22,7% (107/471) estudió en el nivel técnico, universitario o profesional. De todas ellas, el 43,7% (206/471) tienen grado de bachiller o estudios superiores.

El 83,4% (393/471) reportó que alguno de los niños del hogar estudia o estudió en colegio público, mientras que el 38,4% (181/471) respondió que alguno de los niños estudia o estudió en colegio privado.

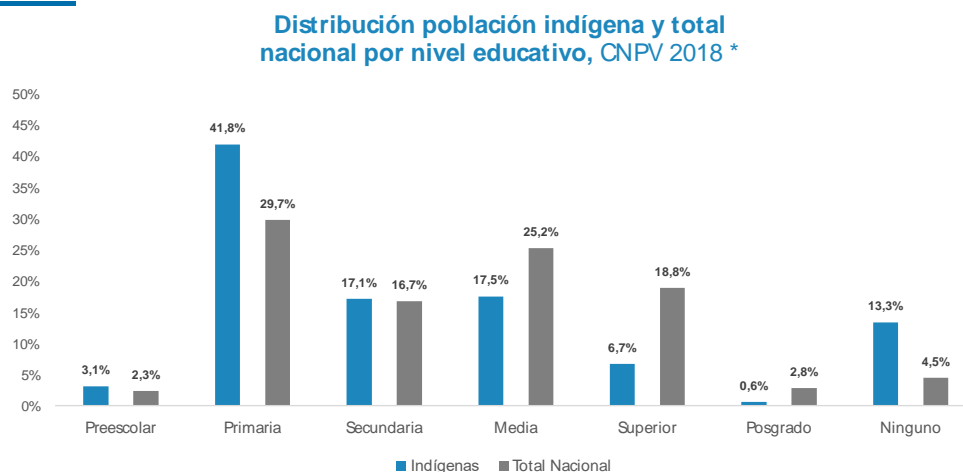
Aunque los resultados de la encuesta no garantizan representatividad, el grado de analfabetismo en las encuestadas es muy bajo y casi el 70% ha logrado educación primaria o secundaria. Más de la quinta parte ha alcanzado estudios superiores. Estos datos superan en mucho los indicadores de los pueblos indígenas de Colombia. (DANE, [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co), 2020) Esto puede ser explicado por su cercanía al mundo urbanizado y a la larga historia de mestizaje cultural y cercanía a los centros educativos occidentales.

Figura 1. Distribución población indígena y total nacional por nivel educativo, 2018

INFORMACIÓN PARA TODOS



#### Nivel educativo Población indígena CNPV 2018



Fuente: CNPV, 2018

### 3.1.2. Ocupación

El 83,4% (393/471) de las encuestadas reportó ocuparse en oficios varios, agricultura o el hogar, el 16,6% (78/471) en otras ocupaciones, tales como profesional, técnica, estudiante, oficinista o vendedora y el 49,9% (235/471) afirmó dedicarse a la agricultura o el cuidado del hogar.

De las encuestadas que reportaron tener pareja, el 72,4% (213/294) de sus compañeros se dedica a la agricultura y en el 25,5% (75/294) ambos miembros de la pareja se dedican a la agricultura.

En el 7,9% (37/471) ninguna persona de la casa tiene trabajo fijo o recibe salario. En el 46,1% (217/471) tan solo una persona sí tiene trabajo fijo o recibe salario y en el 46,1% (217/471) dos o más personas tienen trabajo fijo por el que reciben salario.

Los datos permiten inferir que, a pesar de su proximidad al mundo urbanizado e incluso que la mitad de las familias estén por fuera del resguardo, la población indígena sigue siendo predominantemente agrícola. En efecto, la mitad de las mujeres encuestadas se dedican a la agricultura y muchas de sus parejas, de aquellas que reportan tener compañeros, también trabajan en la agricultura.

### 3.1.3. Vivienda y densidad demográfica

En el 70,5% (332/471) las encuestadoras consideraron que la vivienda era buena o muy buena. Esta pregunta se hizo en acuerdo con los miembros del cabildo, dejando a las encuestadoras con libre criterio para escoger entre las opciones a) muy buena, b) buena, c) regular, o d) mala. Por lo tanto su resultado no tiene validez epidemiológica y solo se ofrece como un dato de opinión orientador.

El 71,1% (335/471) reportó una sola familia viviendo en la casa y el 29,9% (136/471) reportó dos o más familias viviendo en la casa. Se encontró un promedio de 4,43 personas viviendo en cada casa (*de*: 2,09). En el 60,3% (284/471) viven de una a cuatro personas en cada casa, mientras que en el 39,7% (187/471) viven cinco o más personas en cada casa.

La mitad de la población encuestada tiene su vivienda dentro del territorio del resguardo, dato que coincide con el reporte del censo del DANE de 2005 y la información ofrecida por la comunidad misma. Resulta llamativo que casi el 77,9% posee vivienda propia y que el 70,5% de las viviendas parece de buena calidad, lo que representa un indicador socioeconómico importante que fortalece la pertenencia comunitaria al resguardo, más allá del hecho de vivir adentro o afuera del resguardo. También es bajo el nivel de hacinamiento puesto que la mayoría de las familias viven en viviendas individuales y la ocupación de personas por vivienda es baja. Es importante señalar que, el 77,9% (363/466) reportó que la vivienda era propia, con 5 datos faltantes.

## 3.2. FACTORES CULTURALES

El 74,7% (352/471) reportó que en la casa se consume mazamorra, el 59,7% (281/471) que en la casa se toma chucula o cacao y el 58% (271/467) reportó que en la casa se preparan envueltos,

con 4 datos faltantes para esta pregunta. De acuerdo con esta información, encontramos que el 14% (66/471) no consume o prepara ninguno de los tres alimentos tradicionales, mientras que el 39.8% (186/467) sí consume o prepara los tres alimentos tradicionales.

El 53.4% (251/470) reportó que la casa está ubicada dentro del territorio del resguardo. El 52.7% (248/471) reportó que tienen huerta en la casa. El 27.8% (131/471) tiene sembrado tallos y el 21.5% (100/466) tiene sembrado diosme, con cinco datos perdidos para esta pregunta. De acuerdo con esta información, el 9.4% (44/466) tienen huerta y tienen sembrado tallo y diosme, mientras que el 40.3% (190/466) no tiene ninguno de los tres.

Encontramos que un poco más de la mitad todavía consumen alimentos tradicionales como la chucula, la mazamorra y los envueltos de maíz, y que, aunque también un poco más de la mitad tiene huertas, menos de la tercera parte siembran los tallos o el diosme, plantas representativas de la tradición indígena. La pérdida cultural resulta evidente, aunque podríamos afirmar que la alimentación y la huerta siguen siendo dos de los más importantes marcadores culturales aún vigentes en la población del resguardo indígena de Cota.

El 56,8% (254/447) reportó que su papá nació en Cota y el 64,4% (288/447) reportó que su papá nació en un municipio de influencia indígena muisca (Cota, Chía, Suba, Sesquilé, Guatavita, Sopó, Tenjo o Tabio). Hubo 24/471 (5,1%) datos faltantes para esta pregunta. El 55,2% (259/469) reportó que su mamá nació en Cota y el 64,2% (301/469) reportó que su mamá nació en un municipio de influencia indígena muisca. Hubo 2/471 (0,4%) datos faltantes para esta pregunta.

Aunque la determinación del grado de mestizaje racial resulta ser un ejercicio casi imposible en esta etapa de la historia del pueblo muisca de Cota, resulta relevante que nuestro estudio confirmó que un poco más de la mitad de los pobladores siguen siendo descendientes de padres nacidos en Cota o en municipios con influencia indígena muisca. Este dato podría ser interpretado como negativo para los pueblos indígenas en general, quienes aspiran a un bajo grado de mestizaje racial, pero podría ser interpretado como positivo para comunidades indígenas que durante casi tres siglos han sido invisibilizadas y que hoy, con el auge mundial del indigenismo, quieren volver de su aparente mestizaje cultural a una identidad propiamente indígena, como es el caso de la población del Resguardo de Cota. (Morales, 2015)

### **3.3. OCURRENCIAS: CONOCIMIENTOS, RECURSOS Y PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL**

En la Tabla 2 se presentan las frecuencias reportada de los conocimientos, recursos y prácticas tradicionales.

*Tabla 2. Conocimientos, Recursos y Prácticas tradicionales en el Resguardo Indígena de Cota, 2019*

<u>Tenencia y uso de plantas medicinales</u>	<u>Expuestos/Total</u>	<u>%</u>
Tienen plantas medicinales sembradas en la casa	372/470	79,1%

Consumo habitual de plantas aromáticas	444/471	94,3%
Uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud	432/471	91,7%
Uso de plantas del monte	326/471	69,2%
Tienen plantas medicinales, las consumen y usan plantas del monte	267/470	56,8%
<u>Prácticas de cuidados tradicionales</u>	<u>Expuestos/Total</u>	<u>%</u>
Practica cuidados durante el puerperio	337/467	71,1%
Practica cuidados durante la menstruación	172/467	36,8%
No bañarse cuando tienen gripa	163/468	34,8%
No baño durante la gripa, cuidados de menstruación y del puerperio	73/462	15,8%
Entierro de la placenta	60/467	12,8%
Baños o riegos con plantas en la vivienda	251/471	53,3%
<u>Practicantes de la medicina tradicional</u>	<u>Expuestos/Total</u>	<u>%</u>
Acuden a sobanderos	408/471	86,4%
Acuden a parteras	163/469	34,8%
Acuden a curanderos	129/469	27,5%
Hacen falta parteras, sobanderos y curanderos en la comunidad	393/462	85,1%
Acuden a parteras, sobanderos, curanderos y creen que hacen falta	54/458	11,8%
<u>Conocimiento de enfermedades tradicionales</u>	<u>Expuestos/Total</u>	<u>%</u>
Enfermedad por descuaje	353/471	74,9%
Enfermedad por fiebre interna	303/471	64,3%
Enfermedad por matriz caída	245/471	52,0%
Enfermedad por frío de difunto	178/471	37,8%
Enfermedad por sereno	135/471	28,7%
Conoce al menos una enfermedad tradicional	429/471	91,1%
Conoce al menos tres casos de enfermedades tradicionales	312/471	66,2%

---

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

### 3.3.1. Tenencia y uso de plantas medicinales

El 79,1% (372/470) respondió que en la casa sí tienen sembradas plantas medicinales, el 94,3% (444/471) que en la casa toman habitualmente plantas aromáticas y el 91,7% (432/471) que en su familia usan plantas medicinales para el cuidado de la salud. El 5,11% (24/471) hogares reportó consumo habitual de aromáticas y no reportó uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud. El 18,08% de las familias (85/470) no tiene sembradas plantas medicinales y sí consumen frecuentemente plantas aromáticas y el 16,6% de las familias (78/470) no tiene sembradas plantas medicinales y sí las usan.

El 69,2% (326/471) de las encuestadas reportó que en la familia sí usan plantas del monte y el 25,05% (118/471) de quienes usan plantas medicinales no usan plantas del monte.

Encontramos que el 56,8% (267/470) tiene sembradas plantas medicinales en la vivienda, reporta consumo habitual de aromáticas, uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud y uso de plantas del monte.

En relación con las plantas medicinales, notamos que aún es muy alta su tenencia y uso. En efecto, el 91,7% afirma usarlas para el cuidado de la salud y el 79,1% las tiene sembradas en su vivienda, dato que incluso supera a las familias reportadas con huerta o las que viven dentro del resguardo. También se destaca que más de la mitad sigue usando las plantas del monte, dato importante, pues usualmente en la medicina tradicional latinoamericana se suele perder primero el conocimiento y uso de las plantas nativas, prevaleciendo el uso de las plantas foráneas, traídas del viejo mundo. No podemos definir con precisión la modalidad actual del uso de las plantas medicinales en el resguardo, si tenemos en cuenta que un fenómeno reciente en el mundo entero es el abandono del discurso de la medicina tradicional propia, para incorporar nuevos discursos, propios de la medicina occidental, la medicina naturista o la reciente avalancha de medicinas alternativas. (Zuluaga G. , Flora Medicinal y sus Conocimientos Asociados, 2007)

### 3.3.2. Prácticas de cuidados tradicionales

El 34,8% (163/468) respondió que en la familia tienen la costumbre de no bañarse cuando tienen gripa, el 36,8% (172/467) respondió que alguna de las mujeres en la familia sí practica cuidados durante la menstruación y el 71,1 % (337/467) reportó que alguna de las mujeres que ha tenido hijos en su familia practicó cuidados durante el puerperio. El 62,5% (183/293) de familias con mujeres que no se cuidan la menstruación sí reportaron que alguna mujer en la familia se cuidó durante la dieta. Encontramos que el 15,8% (73/462) de las familias practican el cuidado del no baño durante la gripa, cuidados durante la menstruación y cuidados del puerperio.

El 12,8% (60/467) respondió que en la familia sí practican el entierro de la placenta y el 53,3% (251/471) sí realizan la práctica de baños o riegos con plantas.

En relación con los cuidados tradicionales, prevalecen los cuidados durante el puerperio en más de dos terceras partes de la población, lo que puede explicarse por la compañía cercana de madres y abuelas, permitiendo la transmisión generacional. En cambio, los cuidados de la gripa o

de la menstruación se presentan en apenas la tercera parte de la población, lo que supone una pérdida de confianza en los consejos tradicionales, para preferir los lineamientos de la medicina occidental y de la publicidad de los laboratorios farmacéuticos.

### 3.3.3. Recurso a practicantes de la medicina tradicional

El 86,6% (408/471) reportó que en la familia han acudido a sobanderos, el 34,8% (163/469) a parteras y el 27,5% (129/469) a curanderos.

El 85,1% (393/462), con nueve datos faltantes, considera que en la comunidad hacen falta parteras, sobanderos y curanderos. Así, el 11,8% (54/458) reportó que sí han acudido a parteras, sobanderos y curanderos, y además consideran que hacen falta en la comunidad.

En relación con el recurso a practicantes de la medicina tradicional, encontramos una alta prevalencia en el recurso al sobandero (86,4%), fenómeno que puede entenderse por la presencia de un sobandero reconocido y perteneciente a la comunidad, aunque vive fuera del resguardo. En cambio, el recurso a parteras apenas alcanzó el 34,8%, dato quizás esperado en las mujeres mayores, dado que en la actualidad no hay parteras reconocidas por la comunidad y apenas recientemente se ofrece la atención de un partero de tradición familiar muisca, pero que vive fuera del municipio. Por último, el recurso a curanderos también es bajo, apenas del 27,5%. La interpretación de este dato requiere precaución por tanto el concepto de curandero tiene acepciones diferentes, incluyendo los curanderos tradicionales, aquellos que se publicitan con prácticas mágicas y esotéricas o los que están ofreciendo servicios de medicina alternativa y prácticas de la nueva era. En el resguardo se reconoce actualmente a un abuelo o sabedor, quien además dirige las ceremonias y rituales en el espacio sagrado, pero que, por lo visto aquí, aun no alcanza suficiente reconocimiento como practicante de la medicina tradicional.

### 3.3.4. Conocimiento de enfermedades tradicionales

En relación con si conocen una persona que haya sufrido enfermedades tradicionales tales como sereno, matriz caída, descuaje, frío de difunto o fiebre interna, de acuerdo con la tabla 2, el 91,1% (429/471) conocen al menos una persona con una de estas enfermedades y el 66,2% (312/471) conocen al menos tres casos de estas enfermedades.

En cuanto al conocimiento de enfermedades tradicionales, observamos que más de la mitad de las encuestadas conocen las enfermedades de descuaje, fiebre interna y matriz caída, mientras que son menos las que conocen el frío de difunto y el sereno. En efecto, el descuaje es quizás una de las entidades nosológicas culturales que más se conserva en la medicina tradicional y popular colombiana, (Reyes, La medicina criolla llanera como lugar de manifestación, transmisión y afianzamiento, 2006) y en el municipio de Cota todavía hay personas reconocidas por brindar tratamiento para este problema de salud. El estudio no permite saber cuál es la frecuencia de estas enfermedades, ni si tienen relación con problemas de salud que reciben un nombre propio en la medicina occidental.

### 3.3.5. Discriminación del servicio de salud por reportar uso de medicina tradicional

Finalmente, el 28,2% (132/468) respondió que sí fue regañada, reprendida o maltratada por los profesionales en los servicios de salud, en alguna ocasión en la que haya comentado el uso de las prácticas tradicionales.

## 3.4. MEDIDAS DE ASOCIACIÓN

De acuerdo con los resultados del análisis de frecuencias y con el propósito de mantener mayor rigurosidad en el análisis de asociaciones escogimos las variables que reflejan de manera más completa el estado de la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota:

- **Tenencia y uso de plantas medicinales:** el 56,8% (267/470) tiene sembradas plantas medicinales en la vivienda, reporta consumo habitual de aromáticas, uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud y uso de plantas del monte.
- **Práctica de cuidados tradicionales:** el 15,8% (73/462) de las familias practica el cuidado del no baño durante la gripa, cuidados durante la menstruación y cuidados del puerperio.
- **Recurren a practicantes de la medicina tradicional:** el 11,8% (54/458) reportó que sí han acudido a parteras, sobanderos y curanderos, y además consideran que hacen falta en la comunidad.
- **Conocimiento de enfermedades tradicionales:** el 66,2% (312/471) conoce al menos tres casos de enfermedades tradicionales.

Para cada una de estas cuatro variables de ocurrencia se calculó su asociación con los factores demográficos, sociales y culturales investigados en el estudio, utilizando la razón de momios e intervalos de confianza del 95% según el método de Cornfield. En cada una se reporta el análisis bivariado con cada una de las variables que *sí* mostraron asociaciones significativas, con un 95% de confianza ( $p < 0,05$ ). En el anexo 3 se puede consultar todos los resultados del análisis bivariado, para las cuatro variables de ocurrencia.

### 3.4.1. Factores asociados con tenencia y uso de plantas medicinales

Una familia que tiene plantas medicinales en la casa está asociada con tomar plantas aromáticas (OR 3,91, IC95% 1,54-9,69) y con usar plantas medicinales para el cuidado de la salud (OR 5,04, 95% IC 2,38-11,03). Una familia que reporta uso de plantas medicinales tiene más chance de reportar uso de plantas de monte (OR 5,99 IC 95% 2,93-15,37) y las familias que tienen sembradas plantas medicinales en casa es más probable que usen plantas del monte (OR 2,92 IC 95% 1,79 – 4,78).

En la tabla 3 se muestran los factores demográficos, sociales y culturales que *sí* mostraron una asociación con significancia estadística con la tenencia y uso de plantas medicinales.

El hecho de que la encuestada tuviera menos de 47 años es factor asociado con menor tenencia y uso de plantas medicinales ( $p < 0,05$ ).

Por el contrario, tener casa propia y ubicada dentro del resguardo, tener papá nacido en un municipio de influencia indígena, consumir o preparar cualquiera o los tres alimentos tradicionales, tener huerto, tallos y diosme o los tres, son factores que están asociados con mayor tenencia y uso de plantas medicinales ( $p < 0,05$ ).

*Tabla 3. Análisis Bivariado de Factores Asociados con Tenencia y Uso de Plantas medicinales, 2019*

<u>Variable</u>	<u>OR</u>	<u>IC95%</u>
Edad menor de 47 años	0,60	0,40-0,88
La casa queda dentro del resguardo	1,61	1,10-2,39
Tiene casa propia	2,00	1,26-3,24
Papá de origen en pueblo de influencia indígena	1,62	1,07-2,45
Toman chucula	2,87	1,94-4,33
Consumen mazamorra	3,27	2,10-5,31
Preparan envueltos	2,52	1,70-3,78
Consumen los tres alimentos tradicionales	3,27	2,18-5,11
Consumen alguno de los tres alimentos tradicionales	5,64	3,13-12,32
Tienen huerto en la vivienda	5,67	3,78-8,82
Tienen tallos sembrados en la vivienda	3,51	2,23-6,01
Tienen diosme sembrado en la vivienda	3,58	2,15-6,85
Tienen huerto, tallos y diosme	3,74	1,81-13,7

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

#### 3.4.2. Factores asociados con prácticas de medicina tradicional

Una familia que reporta no bañarse cuando hay gripa tiene más chance de reportar cuidados de la menstruación (OR 2,66, 95% IC 1,76-4,07). En 78/162 (48,1%) hogares reportaron no baño durante la gripa, aunque las mujeres no se cuidan la menstruación. Una familia que reporta cuidados de menstruación tiene más chance de reportar cuidados de la dieta (OR 3,71, 95% IC 2,30-6,75).

En la tabla 4 se muestran los factores demográficos, sociales y culturales que sí mostraron una asociación con significancia estadística con las prácticas de medicina tradicional.

El hecho de que la encuestada no haya tenido pareja es factor que está asociado con menores prácticas de medicina tradicional ( $p < 0,05$ ).

Por el contrario, tener papá y mamá nacidos en un municipio de influencia indígena, consumir o preparar cualquiera o los tres alimentos tradicionales, tener huerto y tener huertos, tallos y diosme, son factores que están asociados con mayores prácticas de medicina tradicional ( $p < 0,05$ ).

Tabla 4. *Análisis Bivariado de Factores Asociados con Práctica de Cuidados Tradicionales, 2019*

<u>Variable</u>	<u>OR</u>	<u>IC95%</u>
No ha tenido pareja	0,42	0,09-0,86
Papá de origen en pueblo de influencia indígena	2,14	1,19-4,77
Mamá de origen en pueblo de influencia indígena	1,74	1,00-3,49
Toman chucula	1,95	1,13-3,84
Consumen mazamorra	2,42	1,27-7,08
Preparan envueltos	2,52	1,45-5,16
Consumen los tres alimentos tradicionales	2,07	1,21-3,61
Consumen alguno de los tres alimentos tradicionales	2,48	1,10-31,95
Tienen huerto en la vivienda	2,75	1,59-5,40
Tienen huerto, tallos y diosme	2,35	1,35-4,80

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

### 3.4.3. Factores asociados con recurso a practicantes de la medicina tradicional

En la tabla 5 se muestran los factores demográficos, sociales y culturales que sí mostraron una asociación con significancia estadística con el recurso a practicantes de la medicina tradicional.

El hecho de tener casa ubicada dentro del resguardo, tener mamá nacida en un municipio de influencia indígena, consumir o preparar cualquiera o los tres alimentos tradicionales y tener huerto, tallos y diosme, son factores que están asociados con mayor recurso a practicantes de la medicina tradicional ( $p < 0,05$ ).

Tabla 5. *Análisis Bivariado de Factores Asociados con Recurso a Practicantes de la Medicina Tradicional, 2019*

<u>Variable</u>	<u>OR</u>	<u>IC95%</u>
-----------------	-----------	--------------

La casa queda dentro del resguardo	1,92	1,05-3,99
Mamá de origen en pueblo de influencia indígena	2,08	1,09-5,29
Toman chucula	2,54	1,34-6,46
Consumen mazamorra	2,92	1,36-18,3
Consumen los tres alimentos tradicionales	2,03	1,10-3,88
Consumen alguno de los tres alimentos tradicionales	4,62	1,58-8,90
Tienen huerto, tallos y diosme	1,87	1,01-4,19

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

#### 3.4.4. Factores asociados con conocimiento de enfermedades tradicionales

En la tabla 6 se muestran los factores demográficos, sociales y culturales que sí mostraron una asociación con significancia estadística con el conocimiento de enfermedades tradicionales.

El hecho de que en la vivienda una persona o menos tenga trabajo fijo es factor que está asociado con menor conocimiento de enfermedades tradicionales ( $p < 0,05$ ).

Por el contrario, tener papá o mamá nacidos en un municipio de influencia indígena, tomar chucula y consumir o preparar los tres alimentos tradicionales, tener huerto y tener huertos, tallos y diosme, son factores que están asociados con mayor conocimiento de enfermedades tradicionales ( $p < 0,05$ ).

Tabla 6. *Análisis Bivariado de Factores Asociados con Conocimiento de Enfermedades Tradicionales, 2019*

<u>Variable</u>	<u>OR</u>	<u>IC95%</u>
Una persona o menos con trabajo fijo	0,60	0,39-0,89
Papá de origen en pueblo de influencia indígena	1,75	1,14-2,69
Mamá de origen en pueblo de influencia indígena	1,63	1,08-2,48
Toman chucula	1,79	1,19-2,70
Consumen los tres alimentos tradicionales	1,56	1,03-2,42
Tienen huerto en la vivienda	1,82	1,22-2,76
Tienen huerto, tallos y diosme	1,79	1,19-2,70

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

### 3.4.5. Discriminación del servicio de salud por reportar uso de medicina tradicional y su asociación con la medicina tradicional

Como ya se dijo, el 28,2% (132/468) respondió que en alguna ocasión en la que haya comentado el uso de las prácticas tradicionales, fue regañada o reprendida o maltratada por los profesionales en los servicios de salud.

Al hacer el análisis bivariado encontramos que una persona que, al haber comentado el uso de las prácticas tradicionales, sí fue regañada o reprendida o maltratada por los profesionales en los servicios de salud, tiene mayor probabilidad de tenencia y uso de plantas medicinales (OR: 2,4 IC95% 1,55-3,92), mayor probabilidad de práctica de cuidados tradicionales (OR. 2,49 IC95% 1,42-4,32) y mayor probabilidad de conocer enfermedades tradicionales (OR: 5,31 IC95% 3,12-11,3).

Hay por lo tanto una evidente asociación entre mayor conocimiento y uso de la medicina tradicional y mayor probabilidad de que reciba discriminación por parte de los servicios de salud, confirmando que aún estamos lejos de que la medicina occidental tenga un adecuado reconocimiento y respeto por los conocimientos tradicionales, en el marco de la seguridad cultural. (Horvat L, 2014)

### 3.4.6. Factores asociados a la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota

La tabla 7 muestra los 16 factores demográficos, sociales y culturales que en los análisis bivariados mostraron asociación estadísticamente significativa con la permanencia o ausencia de la medicina tradicional, tanto en recursos, como prácticas, practicantes y conocimientos tradicionales. Nueve (9) de ellos están presentes en dos o más de las variables de ocurrencia de la medicina tradicional ( $p < 0,05$ ): tomar chucula, consumir los tres alimentos tradicionales, tener huerto, tallos y diosme, consumir mazamorra, preparar envueltos, tener huerto en la vivienda, tener papá y mamá nacidos en un municipio de influencia indígena, y tener la vivienda dentro del resguardo.

*Tabla 7. Análisis Bivariado de los Factores Estudiados Asociados a la Medicina Tradicional en el Resguardo Indígena de Cota, 2019*

<u>Variable</u>	<u>Plantas</u>	<u>Práctica</u>	<u>Practicante</u>	<u>Conocimiento</u>	<u>Tota</u>
		<u>s</u>	<u>s</u>		<u>l</u>
Toman chucula	√	√	√	√	4
Consumen los tres alimentos tradicionales	√	√	√	√	4
Tienen huerto, tallos y diosme	√	√	√	√	4
Consumen mazamorra	√	√	√	X	3
Preparan envueltos	√	√	√	X	3
Tienen huerto en la vivienda	√	√	X	√	3

Papá de origen en pueblo de influencia indígena	√	√	X	√	3
Mamá de origen en pueblo de influencia indígena	X	√	√	√	3
La casa queda dentro del resguardo	√	X	√	X	2
Tener casa propia	√	X	X	X	1
La encuestada es menor de 47 años	√	X	X	X	1
No han tenido pareja	X	√	X	X	1
Una persona o menos con trabajo fijo	X	X	X	√	1
Tienen tallos sembrados en la vivienda	√	X	X	X	1
Tienen diosme sembrado en la vivienda	√	X	X	X	1
Tienen huerto, tallos y diosme	√	X	X	X	1

---

Fuente: Construcción del autor con base en la información recolectada

## 4. DISCUSIÓN

### 4.1. La medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota

El estudio muestra que la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota difiere según se pregunte por recursos de plantas medicinales, prácticas tradicionales en la gripa, la menstruación o el puerperio, recurso a practicantes tradicionales tales como parteras, sobanderos y curanderos, y conocimientos de enfermedades tradicionales. Siguiendo la línea base de que en Colombia prevalece la medicina tradicional en el 42% de la población, (World Health Organization, 2005) encontramos lo siguiente:

1. El 66,2% (312/471) de las mujeres encuestadas afirmaron que conoce al menos tres casos enfermedades tradicionales.
2. El 56,8% (267/470) de las familias tiene plantas medicinales en la casa, las usan, consume aguas aromáticas y también usa plantas del monte.
3. El 15,8% (73/462) de las familias practica cuidados de la gripa, cuidados de la menstruación y cuidados del puerperio.
4. El 11,8% (54/458) reportó recurso a partera, sobandero y curandero y reconoce que hacen falta en la comunidad.

Estos datos permiten suponer que hay un gradiente cultural en la permanencia y pérdida de la medicina tradicional en el resguardo indígena de Cota. Aunque la memoria de los conocimientos pareciera tener mayor prevalencia y el recurso de las plantas medicinales aún está presente en más de la mitad de la población del resguardo, al momento de ejercer la medicina tradicional tanto su uso como la presencia de especialistas tradicionales están perdidos en más de la quinta parte de la población. Conocimientos y recursos no son garantía de la permanencia de la medicina tradicional, por lo que pareciera importante promover estrategias para recuperar el uso y el recurso a especialistas tradicionales.

### 4.2. ¿Cómo está la cultura tradicional en el Resguardo Indígena de Cota?

¿Puede afirmarse que la población autoidentificada como indígena del actual Resguardo Indígena de Cota constituye realmente un pueblo indígena? Esta pregunta sigue siendo motivo de fuertes polémicas, también para otros pueblos recientemente autodenominados indígenas en Colombia, tales como los pastos, los yanangonas, los zenúes y otras poblaciones muiscas de Cundinamarca y Boyacá. ¿Es resultado de un fenómeno de moda reciente de la reivindicación de lo indígena o acaso el afán por obtener beneficios jurídicos y económicos que resultan del reconocimiento constitucional del carácter pluriétnico y multicultural de nuestra nueva Constitución? La respuesta a esta pregunta estuvo en el meollo de la reciente historia de la comunidad de Cota, primero cuando fue negado su carácter de Resguardo y luego cuando fue reafirmado por el gobierno nacional.

El alcance de este estudio no permite dar respuesta definitiva. Apenas podemos presentar algunas conclusiones en favor de su carácter como pueblo indígena. Tienen un territorio colectivo y tienen un sistema propio de autoridad tradicional. Esto, desde el punto de vista jurídico, es suficiente. Pero también, un poco más de la mitad de la comunidad tiene sus

viviendas en el área del Resguardo, casi todas con huertas, algunas con siembra de plantas tradicionales y todavía muchos de los hombres y mujeres mantienen una vocación agrícola, confirmando su cercanía con la hoy llamada “madre tierra”. Considerando su grado de mestizaje cultural, más de la mitad son hijos de padres y madres nacidos en Cota o en municipios de influencia indígena muisca. También más de la mitad de los pobladores siguen consumiendo alimentos tradicionales. A pesar de la ausencia de la lengua y de las tradiciones ancestrales, estos elementos dan idea de que sí hay sustento para afirmar que poseen una identidad indígena, con posibilidades de afirmación y recuperación.

Nuestro estudio sí puede dar razón de su identidad en relación con la medicina tradicional. Si bien la prevalencia de ésta en el Resguardo Indígena es mayor que en el resto de la población nacional, hay una pérdida de practicantes de la medicina tradicional, del uso de las prácticas para enfermedades específicas, aunque el recurso de plantas medicinales sigue siendo muy significativo. Estos elementos no constituyen por sí mismos argumento para afirmar que la medicina tradicional permanece en el Resguardo Indígena de Cota y, más bien, darían pie para concluir que su pérdida es evidente e inminente. No obstante, dan motivo para tener la esperanza de que pueda adelantarse un proceso de recuperación y promoción de su medicina y sus recursos tradicionales, por lo menos en los niveles de autocuidado y cuidado cotidiano de la salud.

En esta investigación el nivel de educación, la ocupación, la vivienda y la densidad demográfica no fueron factores asociados a la presencia o ausencia de medicina tradicional. Estos datos pueden resultar contradictorios, en comparación con los resultados en otros pueblos tradicionales del mundo entero, en los que la educación occidental, las actividades laborales del mundo moderno y el estilo de vida más cercano al modelo de desarrollo occidental suelen ser factores asociados a la pérdida y el abandono de la medicina tradicional. (Abdullahi, 2011). Es posible considerar que a lo largo de muchos años su impacto ya produjo el dramático efecto de la pérdida de gran parte de su medicina tradicional, pero que en esta etapa de su historia y de su afán por la recuperación de la identidad indígena, surgen nuevos elementos sociológicos y de transmisión generacional para conseguir una forma particular y efectiva de *resiliencia*, frente al efecto usualmente aculturizador de la educación y el modelo de desarrollo occidental. (Pimatisiwin, 2008)

#### **4.3. Pertenencia, alimentación tradicional y vocación agrícola son factores asociados a la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota**

Al realizar los análisis bivariados, encontramos que el consumo de tres alimentos tradicionales, la tenencia de huertos y plantas tradicionales, tener la vivienda dentro del resguardo indígena y tener padres (especialmente el papá), nacidos en un municipio de influencia indígena, fueron los principales factores asociados a la prevalencia de la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota.

Resulta obvio que la ancestralidad indígena y el hecho de habitar dentro del territorio sean factores favorables a la presencia de la medicina tradicional. No obstante, frente al inevitable proceso de mestizaje racial y a la dificultad que ofrece el espacio restringido del actual territorio, será difícil llevar a cabo estrategias que fortalezcan estos factores.

La relación entre alimentación tradicional y medicina tradicional no ha sido un factor que hayamos encontrado con suficiente evidencia en otros estudios sobre la medicina tradicional indígena. El poder de la evidencia encontrado en este estudio es, quizás, el resultado más importante y novedoso, y podrá servir de insumo para proponer nuevas estrategias que combinen las dimensiones de la alimentación, la salud y la medicina, en los procesos de recuperación y fortalecimiento de la identidad cultural.

También la asociación entre ocupación agrícola, con la presencia de huertas y el cultivo de plantas tradicionales, y la permanencia de la medicina tradicional, fue otra evidencia concluyente del estudio. La mayor prevalencia de la ocupación agrícola y la alta tenencia y uso de plantas medicinales, refuerzan en este estudio la estrecha relación entre la identidad indígena y su vínculo con la naturaleza. Podríamos afirmar que se ratifica aquel lema invocado por los movimientos indígenas de que “el indio sin tierra muere”.

#### **4.4. Aportes para la construcción de una epidemiología intercultural**

Debemos recordar que el objetivo de este estudio es realizar una *investigación para el servicio*. (Cameron, 2010) No se trata simplemente de llenar un requisito académico o de engrosar la lista de tesis y monografías arrumadas en bibliotecas y bases de datos. En este caso, y en convenio con la comunidad indígena del Resguardo Indígena de Cota, buscó dar a conocer el estado actual de su medicina tradicional y, a través del hallazgo de relaciones con algunos factores demográficos, sociales y culturales, ofrecer herramientas para delinear estrategias de fortalecimiento y recuperación de su medicina tradicional.

Si bien correspondió a un estudio epidemiológico observacional clásico, consideramos que presenta algunos elementos encaminados a la construcción de una epidemiología intercultural.

- Es una investigación que surge de un interés mutuo. El estudio recoge la necesidad que manifiestan, tanto la Secretaría de Salud como el Resguardo Indígena de Cota, de conocer mejor la condición actual de la medicina tradicional indígena.
- Desde el punto de vista ético, el estudio acoge plenamente los Principios para la investigación médica en comunidades indígenas.
- En respeto a los derechos de los pueblos indígenas, para realizar el estudio se firma un consentimiento comunitario y un convenio para compartir información.
- El estudio presenta una participación activa de varios de los integrantes del Resguardo Indígena, en todas las etapas, incluyendo el diseño, la selección de las variables de interés, la escogencia de las encuestadoras, la aplicación de la encuesta, el análisis de los datos y la interpretación de los resultados.
- Los resultados del estudio, fueron entregados, comentados y discutidos con el Cabildo Indígena en reunión realizada el pasado 14 de marzo de 2020

## 5. CONCLUSIONES

El estudio muestra que la prevalencia de la medicina tradicional en el Resguardo Indígena de Cota es mayor que la de la población nacional colombiana. Los niveles de permanencia o pérdida difieren según se analicen la tenencia y uso de plantas medicinales, las prácticas tradicionales en la gripa, la menstruación o el puerperio, el recurso a sobanderos, parteras y curanderos o los conocimientos de enfermedades tradicionales.

El estudio mostró que la permanencia de la medicina tradicional está fuertemente asociada a la alimentación tradicional, a la vocación agrícola y a la tenencia y uso de plantas medicinales. No encontramos asociación con el nivel de escolaridad, la ocupación y las condiciones de la vivienda y la densidad demográfica.

Los resultados del análisis bivariado sugieren que la estrategia de recuperación de la medicina tradicional podría enfocarse en promover un mayor vínculo entre identidad indígena, territorio, alimentación y salud.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- AA, A. (2011). *Trends and challenges of traditional medicine in Africa*. Africa.
- Abdullahi, A. (2011). *Trends and challenges of traditional medicine in Africa*. Africa.
- Agencia Nacional de Tierras de Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. (2018). En *Ministerio de Agricultura*. Bogota: Imprenta Nacional.
- Agencia Nacional de Tierras, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. (2018). *Acuerdo N° 50 del 5 de marzo del 2018*. Bogota: Imprenta nacional.
- Alcaldía Municipal de Cota. (2016). *Cota, Municipio Eco Industrial de la Sabana*. Cota: Imprenta nacional.
- Cameron. (2010). La epidemiología culturalmente segura. *A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8 (2).
- CEMI. (20 de Mayo de 2019). *Centro de Estudios Médicos Interculturales*. Obtenido de Centro de Estudios Médicos Interculturales: <https://www.cemi.org.co>
- Congreso de La República de Colombia. (4 de 05 de 1991). *Función Pública*. Obtenido de Función Pública: <http://www.funcionpublica.gov.co>
- DANE. (2005). *Censo Nacional de Poblacion*. Bogota.
- DANE. (31 de Marzo de 2020). *www.dane.gov.co*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>
- DANE. (31 de Marzo de 2020). *www.dane.gov.co*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>

- G, Z. (2007). *Flora Medicinal y sus Conocimientos Asociados*. Bogota: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Gutiérrez Virginia. (1985). *MEDICINA TRADICIONAL DE COLOMBIA*. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández M, G. F. (Septiembre-Octubre de 2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(5), 438-446.
- Horvat L, H. D. (2014). *Cultural competence education for health professionals*. Horvat L. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. CulturalCochrane Database Syst Rev.
- Langebaek, C. (1987). *Mercadeo, poblamiento e Integración Étnica entre LOS MUISCAS: siglo XVI*. Bogota: Colección Bibliográfica Banco de la República.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución No. 8430.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogota.
- Ministerio del Interior. (2014). *Decreto Número 1953, 7 de Octubre*. Bogotá.
- Morales, H. L. (2015). *Reflexiones Sobre Multiculturalidad, Grupos Etnicos, Practicas Terapeuticas, y Movimientos de Reindigenizacion en Colombia*. bogota.
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas*. Nueva York: UN.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata., (pág. 1). Alma Ata.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Pautas generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014 - 2023*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de enero de 2020). *World Health Organization Reproductive Health Indicators Reproductive*. Obtenido de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.22.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales. Plan de acción 1995 - 1998*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *160 reunión de Comité Ejecutivo, CE 160/15 4 Mayo*. Washington, D.C, EUA: OPS.
- Pimatisiwin. (2008). *A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 6(2) Special Issue.
- Reyes, S. (2006). *La medicina criolla llanera como lugar de manifestación, transmisión y afianzamiento*. Bogota: Trabajo de Grado.
- Reyes, S. (2006). *La medicina criolla llanera como lugar de manifestación, transmisión y afianzamiento*. Bogota: Tesis de Grado.
- Reyes, S. (2006). *La medicina criolla llanera como lugar de manifestación, transmisión y afianzamiento*. Bogota: Universidad de los Andes.
- Sarmiento I, P.-S. S. (2018). Safe birth and cultural safety in southern Mexico: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2018;19(1), 354.
- Sarmiento; Zuluaga; Andersson. (2016). Traditional medicine used in childbirth and for childhood diarrhoea in Nigeria's Cross River State: interviews with traditional practitioners and a statewide cross-sectional study. *BMJ open* 6.4.
- Triana, M. (1984). *La civilización chibcha*. Bogota: Biblioteca Banco Popular.

- Wiesner, L. (1992). *Etnografía Muisca: El resguardo de Cota. En: Geografía Humana de Colombia. Región Andina Central, tomo IV., Vol II.* Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- World Health Organization. (2005). *WHO Traditional Medicine Strategy.* Geneva, Switzerland: WHO.
- Zubiría, R. (1986). *La medicina en la cultura muisca.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Zuluaga, G. (1995). *El legado de las plantas medicinales en la sabana de Bogotá, Investigación histórica y etnobotánica de la flora medicina en el municipio de Cota (Cundinamarca).* Bogotá: Fundación Herencia Verde, Ministerio de la Salud de Colombia.
- Zuluaga, G. (2003). *La Botella Curada: un estudio de los sistemas tradicionales de salud en las comunidades afrocolombianas del Chocó Biogeográfico.* Bogotá: Da Vinci Editores.
- Zuluaga, G. (2007). *Flora Medicinal y sus Conocimientos Asociados.* Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Zuluaga, G. (2013). Una ética para la investigación médica con comunidades indígenas. En V. A, *Retos y dilemas de los comités de ética en investigación* (págs. 259-281). Editorial Universidad del Rosario.

## 7. Anexo 1

# RESGUARDO INDIGENA MUISCA DE COTA

Acuerdo No. 50 Marzo 05 de 2018 Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural  
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT

### CONSENTIMIENTO COMUNITARIO PARA UNA INVESTIGACIÓN

Y

### CONVENIO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

#### 1. Introducción

El Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) es una organización no gubernamental colombiana, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo de una política intercultural de salud, mediante el estudio, la evaluación, el diseño y la aplicación de estrategias de atención en las que se amplía la noción del concepto salud-enfermedad, considerando los aspectos culturales y ambientales.

El Resguardo Indígena Muisca de Cota, cuyo reconocimiento ha sido ratificado mediante el Acuerdo N° 50 del 5 de marzo de 2018 por la Agencia Nacional de Tierras del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, tiene como propósito la recuperación y fortalecimiento de los saberes ancestrales, en especial los relacionados con la medicina tradicional.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Resguardo Indígena Muisca de Cota y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI), han acordado adelantar conjuntamente el proyecto de investigación: «**Estudio transversal para establecer la prevalencia de prácticas tradicionales de autocuidado en el Resguardo Indígena Muisca de Cota**», presentado ante la Secretaría de Salud del municipio de Cota.

#### 2. Objetivo general

Establecer la prevalencia de conocimientos, recursos y prácticas de la medicina tradicional para el autocuidado de la salud, y su asociación con factores socio-demográficos de la población del Resguardo Indígena Muisca de Cota (Cundinamarca).


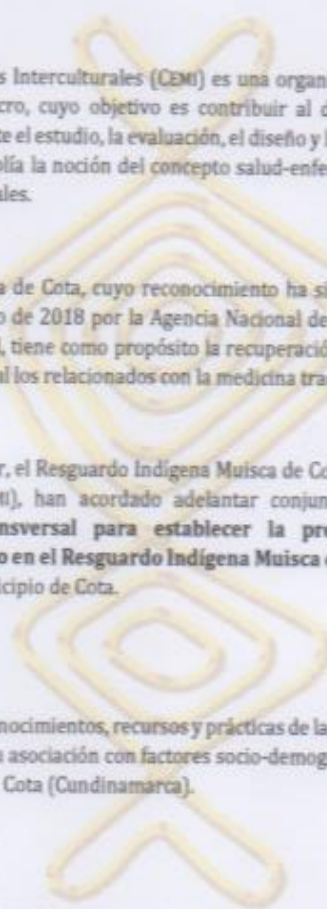
  

#### 3. Principios

**a. Principio de Autonomía y Autodeterminación:** El presente proyecto reconoce y respeta el derecho a la autodeterminación del Resguardo Indígena Muisca de Cota, en el marco de los cinco derechos fundamentales de los pueblos indígenas reconocidos por la Constitución Política de 1991, la Ley 21 de 1991 de la República de Colombia, aprobatoria del Convenio # 169 de la

TERRITORIO  
Amor, Cultura  
Autonomía

CASA DE GOBIERNO  
SECTOR DE LA CRUZ  
TEL: 8641050  
CORREO: comunidad\_indigena\_cota@hotmail.com



# RESGUARDO INDIGENA MUISCA DE COTA

Acuerdo No. 50 Marzo 05 de 2018 Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural  
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT

Organización Internacional del Trabajo, y su naturaleza jurídica de entidad de derecho público de carácter especial, que incluye la potestad para tomar decisiones sobre investigación en sus comunidades.

**b. Principio de Derechos de Propiedad:** El proyecto reconoce que las comunidades indígenas son poseedoras de los conocimientos adquiridos de manera colectiva y transgeneracional y forman parte de su patrimonio inmaterial, en el marco del Convenio de Salvaguarda del Patrimonio Inmaterial de la Unesco. Por consiguiente, son los primeros titulares de los derechos de propiedad intelectual que se deriven de ellos, aceptando que comparten los derechos legales y morales con los socios de la investigación.

**c. Principio de Respeto:** Los investigadores reconocen la necesidad de respetar la integridad moral y espiritual de su cultura, tradiciones y relaciones de los indígenas con sus mundos, y evitar la imposición de concepciones y patrones externos. De manera especial, el proyecto respeta los criterios y valoraciones propias de los mayores miembros del Resguardo Indígena Muisca de Cota, tanto para el desarrollo del estudio como para la aplicación de sus resultados.

**d. Principio de Protección Activa:** Este principio reconoce la importancia de que los investigadores tomen medidas activas para proteger y realzar la relación de las comunidades indígenas con su medio y por lo tanto promover el mantenimiento de la diversidad biológica y cultural. De hecho, el proyecto se presenta en el marco de un apoyo fundamental a estos propósitos.

**e. Principio de Beneficio:** El proyecto reconoce que los resultados del estudio tienen como primer beneficiario a los miembros del Resguardo Indígena Muisca de Cota, en la búsqueda de un modelo propio e intercultural de salud y educación. Este proyecto no tiene ningún interés económico, comercial o de lucro. Se reconoce que los investigadores y las entidades a quienes representan reciben los beneficios académicos y científicos propios del cumplimiento de sus objetivos.

**f. Principio de Revelación Completa:** El proyecto reconoce que los indígenas del Resguardo Indígena Muisca de Cota, tienen derecho a ser informados completamente acerca de la naturaleza, alcances y propósito último de la investigación propuesta (incluyendo metodología, colección de datos, y la disseminación y aplicación de los resultados).

NO INDIGENAS

TERRITORIO  
Amor Cultura

CASA DE GOBIERNO  
SECTOR DE LA CRUZ  
TEL: 8641050

# RESGUARDO INDIGENA MUISCA DE COTA

Acuerdo No. 50 Marzo 05 de 2018 Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural  
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT

**g. Principio de Participación Activa:** El proyecto reconoce la importancia crucial de que los indígenas del Resguardo Indígena Muisca de Cota, participen activamente en todas las fases del proyecto desde el comienzo hasta la finalización, así como la aplicación de los resultados de la investigación. Esto incluye la definición y pertinencia del problema a estudiar, así como su importancia en buscar soluciones integradas a la visión cultural enmarcada en su Plan de Vida.

**h. Principio de Capacitación y Fortalecimiento de capacidades propias:** El proyecto reconoce la importancia de que, en su desarrollo, desde la formulación, hasta la aplicación de los resultados, miembros del Resguardo Indígena Muisca de Cota reciban capacitación en metodología de investigación de la ciencia occidental, con respeto al diálogo intercultural, de manera que a su término las capacidades locales estén incrementadas.

**i. Principio de Consentimiento Previo y Veto:** El proyecto reconoce que el consentimiento previo de todas las personas y comunidades debe ser obtenido antes que la investigación sea realizada. Los indígenas del Resguardo Indígena Muisca de Cota, tienen el derecho de vetar el proyecto, sin lugar a apelación por parte de los investigadores.

Así mismo, en consonancia con el derecho indígena, el proyecto solicita un primer consentimiento comunitario otorgado por las legítimas autoridades que representan al Resguardo Indígena Muisca de Cota, razón de ser de este documento y luego solicitará el consentimiento individual de las participantes del estudio, bien de manera escrita o bien de manera oral, dejando en este caso constancia del día y la hora.

**j. Principio de Confidencialidad:** El proyecto reconoce que los indígenas tienen el derecho a la privacidad y al anonimato. Este principio reconoce que los indígenas, en su sola discreción, tienen el derecho de excluir de publicación y/o mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su cultura, tradiciones, mitologías o creencias espirituales. Además, tal confidencialidad será garantizada por los investigadores y otros usuarios potenciales.

## 4. Responsabilidades

La ficha resumen forma parte integral de este convenio. Las partes se comprometen a que el proyecto se desarrolle como sigue:

- a. El Resguardo Indígena Muisca de Cota supervisará el proyecto a través de las personas que deleguen para la coordinación operativa.

ATA  
CINGAT  
nador  
• VITAM

# RESGUARDO INDIGENA MUISCA DE COTA

Acuerdo No. 50 Marzo 05 de 2018 Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural  
AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS - ANT

- b. El Centro de Estudios Médicos Interculturales trabajará con una persona identificada por las partes para coordinar la comunicación entre las comunidades participantes.
- c. El Centro de Estudios Médicos Interculturales presentará los resultados a las comunidades de manera apropiada y útil, y responderá ante solicitudes adicionales de análisis.

## 5. Manejo de la información y divulgación

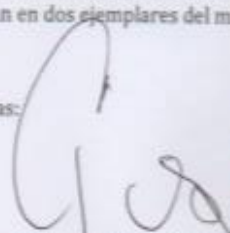
El Resguardo Indígena Muisca de Cota y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI), divulgarán la información recolectada solo para propósitos culturales, académicos y científicos; para ningún otro propósito, a menos que lo autoricen por escrito. Se acepta entre las partes este documento como Convenio para compartir información.

## 6. Modificaciones del proyecto

Las modificaciones al convenio sólo pueden realizarse previa autorización expresa y por escrito del Resguardo Indígena Muisca de Cota y del Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI), de mutuo acuerdo.

Después de haber escuchado a cabalidad la presente solicitud, los representantes del Resguardo Indígena Muisca de Cota y del Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI), firman en dos ejemplares del mismo tenor y valor, a los xx días del mes de febrero de 2019.

Firmas:

  
El Resguardo Indígena Muisca de Cota

  
El Centro de Estudios Médicos Interculturales



## 8. Anexo 2

1	INSTRUMENTO									
2	Informantes: Madres de familia con hijo mayor de 10 años.									
3	Consentimiento									
4	1 ¿Cuántos años tiene?	-								
5	2 ¿Cuál es su estado civil?	Soltera	Casada	Unión Libre	Separada	Viuda			NS/NR	
6	3 ¿Hasta que curso estudió?	Ninguno	Primaria	Secundaria	Bachiller	Técnico/Tecnólogo	Universitario	Profesional	NS/NR	
7	4 ¿Cuál es su ocupación?	-							NS/NR	
8	5 Si vive en pareja, ¿Cuál es la ocupación de su esposo o pareja?	-							NS/NR	
9	6 ¿Cuántas familias viven en la casa?	1	2	3	4	5+			NS/NR	
10	7 ¿Cuántas personas viven en la casa?	-							NS/NR	
11	8 ¿La casa está dentro del territorio del resguardo?	Si	No						NS/NR	
12	9 ¿Su casa es?	Propia	Arrendada	Otra					NS/NR	
13	10 Tipo de casa	Muy buena	Buena	Regular	Mala				NS/NR	
14	11 ¿Cuántas personas en su familia tienen un trabajo fijo por el que reciben sueldo?	-							NS/NR	
15	12 ¿Dónde nació su papá?	-							NS/NR	
16	13 ¿Dónde nació su mamá?	-							NS/NR	
17	14 ¿Alguno de los niños del hogar estudia o estudió en otro colegio público?	Si	No						NS/NR	
18	15 ¿Alguno de los niños del hogar estudia o estudió en colegio privado?	Si	No						NS/NR	
19	16 ¿En su casa se toma chucula o cacao?	Si	No						NS/NR	
20	17 ¿En su casa se consume mazamorra?	Si	No						NS/NR	
21	18 ¿En su casa se preparan envueltos?	Si	No						NS/NR	
22	19 ¿Tienen huerta en su casa?	Si	No						NS/NR	
23	20 ¿En su casa tienen tallos sembrados?	Si	No						NS/NR	
24	21 ¿En su casa tienen diosme?	Si	No						NS/NR	
25	22 ¿Tienen plantas medicinales sembradas en la casa?	Si	No						NS/NR	
26	23 ¿En su familia se toman habitualmente aromáticas?	Si	No						NS/NR	
27	24 ¿En su familia usan plantas medicinales para el cuidado de la salud?	Si	No						NS/NR	



## 9. Anexo 3

Command: tables pmuso edad47

selection: all records selected

pmuso	edad47		Total
	1	2	
1	112	155	267
>	41.9%	58.1%	56.8%
	50.2%	62.8%	
2	111	92	203
>	54.7%	45.3%	43.2%
	49.8%	37.2%	
Total	223	247	470
	47.4%	52.6%	

single table analysis	
Odds Ratio	0.60
Cornfield 95% CI for OR	0.40 - 0.88
Miettinen 95% CI for OR	0.41 - 0.86
Mantel-Haenszel	7.48
Fisher's single-tailed P	Not Computed
Chi square	7.50
Degrees of freedom	1

Command: tables pmuso edad49

selection: all records selected

pmuso	edad49		Total
	1	2	
1	137	130	267
>	51.3%	48.7%	56.8%
	52.7%	61.9%	
2	123	80	203

```

      > 60.6% 39.4% | 43.2%
      | 47.3% 38.1% |
-----+-----+-----
Total |    260    210 |    470
      | 55.3% 44.7% |

```

```

+-----+
|single table analysis          |
+-----+
|Odds Ratio                      0.69 |
|Cornfield 95% CI for OR         0.46 - 1.01 |
|Miettinen 95% CI for OR        0.47 - 0.99 |
|Mantel-Haenszel                  4.01 |
|Fisher's single-tailed P        Not Computed |
|                                ----- |
|Chi square                       4.02 |
|Degrees of freedom                1 |
+-----+

```

Command: tables pmuso edad60

selection: all records selected

```

      | edad60      |
pmuso |      1      2 | Total
-----+-----+-----
      1 |    195    72 |    267
      > 73.0% 27.0% |    56.8%
      | 54.6% 63.7% |
      2 |    162    41 |    203
      > 79.8% 20.2% |    43.2%
      | 45.4% 36.3% |
-----+-----+-----
Total |    357    113 |    470
      | 76.0% 24.0% |

```

```

+-----+
|single table analysis          |
+-----+
|Odds Ratio                      0.69 |
|Cornfield 95% CI for OR         0.42 - 1.07 |
|Miettinen 95% CI for OR        0.44 - 1.06 |
|Mantel-Haenszel                  2.89 |
|Fisher's single-tailed P        Not Computed |
|                                ----- |
|Chi square                       2.89 |

```

```
|Degrees of freedom                                1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p2pareja

selection: all records selected

	p2pareja		
pmuso	1	2	Total
1	51	216	267
>	19.1%	80.9%	56.8%
	58.6%	56.4%	
2	36	167	203
>	17.7%	82.3%	43.2%
	41.4%	43.6%	
Total	87	383	470
	18.5%	81.5%	

```
+-----+
|single table analysis                               |
+-----+
|Odds Ratio                                           1.10 |
|Cornfield 95% CI for OR                            0.67 - 1.85 |
|Miettinen 95% CI for OR                           0.68 - 1.76 |
|Mantel-Haenszel                                     0.14 |
|Fisher's single-tailed P                           Not Computed |
|-----|
|Chi square                                           0.14 |
|Degrees of freedom                                   1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p6unafam

selection: all records selected

	p6unafam		
pmuso	1	2	Total
1	189	78	267
>	70.8%	29.2%	56.8%
	56.4%	57.8%	
2	146	57	203
>	71.9%	28.1%	43.2%

	43.6%	42.2%	
-----+			
Total	335	135	470
	71.3%	28.7%	

+-----+	
single table analysis	
+-----+	
Odds Ratio	0.95
Cornfield 95% CI for OR	0.61 - 1.44
Miettinen 95% CI for OR	0.63 - 1.42
Mantel-Haenszel	0.07
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	0.07
Degrees of freedom	1
+-----+	

Command: tables pmuso p7cuaper

selection: all records selected

	p7cuaper	
pmuso	1	2   Total
-----+		
1	170	97   267
>	63.7%	36.3%   56.8%
	59.9%	52.2%
2	114	89   203
>	56.2%	43.8%   43.2%
	40.1%	47.8%
-----+		
Total	284	186   470
	60.4%	39.6%

+-----+	
single table analysis	
+-----+	
Odds Ratio	1.37
Cornfield 95% CI for OR	0.93 - 2.03
Miettinen 95% CI for OR	0.94 - 1.99
Mantel-Haenszel	2.72
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	2.72
Degrees of freedom	1

+-----+

Command: tables pmuso p16chuc

selection: all records selected

	p16chuc		
pmuso	1	2	Total
1	188	79	267
>	70.4%	29.6%	56.8%
	67.1%	41.6%	
2	92	111	203
>	45.3%	54.7%	43.2%
	32.9%	58.4%	
Total	280	190	470
	59.6%	40.4%	

+-----+

single table analysis	
Odds Ratio	2.87
Cornfield 95% CI for OR	1.94 - 4.33
Miettinen 95% CI for OR	1.97 - 4.19
Mantel-Haenszel	30.08
Fisher's single-tailed P	Not Computed
Chi square	30.15
Degrees of freedom	1

Command: tables pmuso p17maza

selection: all records selected

	p17maza		
pmuso	1	2	Total
1	225	42	267
>	84.3%	15.7%	56.8%
	64.1%	35.3%	
2	126	77	203
>	62.1%	37.9%	43.2%

	35.9%	64.7%	
-----+-----+-----			
Total	351	119	470
	74.7%	25.3%	

+-----+-----+-----	
single table analysis	
+-----+-----+-----	
Odds Ratio	3.27
Cornfield 95% CI for OR	2.10 - 5.31
Miettinen 95% CI for OR	2.14 - 5.00
Mantel-Haenszel	30.00
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	30.06
Degrees of freedom	1
+-----+-----+-----	

Command: tables pmuso p18enb

selection: all records selected

	p18enb	
pmuso	1	2   Total
-----+-----+-----		
1	179	86   265
>	67.5%	32.5%   56.9%
	66.3%	43.9%
2	91	110   201
>	45.3%	54.7%   43.1%
	33.7%	56.1%
-----+-----+-----		
Total	270	196   466
	57.9%	42.1%

+-----+-----+-----	
single table analysis	
+-----+-----+-----	
Odds Ratio	2.52
Cornfield 95% CI for OR	1.70 - 3.78
Miettinen 95% CI for OR	1.73 - 3.66
Mantel-Haenszel	23.22
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	23.27
Degrees of freedom	1

+-----+

Command: tables pmuso alimtra

selection: all records selected

	alimtra		
pmuso	1	2	Total
1	136	129	265
>	51.3%	48.7%	56.9%
	73.5%	45.9%	
2	49	152	201
>	24.4%	75.6%	43.1%
	26.5%	54.1%	
Total	185	281	466
	39.7%	60.3%	

+-----+

|single table analysis |

+-----+

Odds Ratio	3.27
Cornfield 95% CI for OR	2.18 - 5.11
Miettinen 95% CI for OR	2.20 - 4.85
Mantel-Haenszel	34.59
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	34.66
Degrees of freedom	1

+-----+

Command: tables pmuso p20tal

selection: all records selected

	p20tal		
pmuso	1	2	Total
1	101	166	267
>	37.8%	62.2%	56.8%
	77.1%	49.0%	
2	30	173	203
>	14.8%	85.2%	43.2%
	22.9%	51.0%	

```

-----+-----+-----
Total |    131    339 |    470
      |   27.9%  72.1% |
-----+-----+-----
|single table analysis |
-----+-----+-----
|Odds Ratio              3.51 |
|Cornfield 95% CI for OR    2.23 - 6.01 |
|Miettinen 95% CI for OR   2.25 - 5.48 |
|Mantel-Haenszel           30.41 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|-----|
|Chi square                30.48 |
|Degrees of freedom         1 |
-----+-----+-----

```

Command: tables pmuso p21diob

selection: all records selected

```

      | p21diob |
pmuso |    1    2 | Total
-----+-----+-----
      |    79   187 |    266
      | > 29.7% 70.3% |    57.2%
      | | 79.0% 51.2% |
      | 2 |    21   178 |    199
      | > 10.6% 89.4% |    42.8%
      | | 21.0% 48.8% |
-----+-----+-----
Total |    100   365 |    465
      |   21.5%  78.5% |

```

```

-----+-----+-----
|single table analysis |
-----+-----+-----
|Odds Ratio              3.58 |
|Cornfield 95% CI for OR    2.15 - 6.85 |
|Miettinen 95% CI for OR   2.16 - 5.92 |
|Mantel-Haenszel           24.67 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|-----|
|Chi square                24.72 |
|Degrees of freedom         1 |
-----+-----+-----

```

Command: tables pmuso huertot

selection: all records selected

	huertot		
pmuso	1	2	Total
1	36	230	266
>	13.5%	86.5%	57.2%
	81.8%	54.6%	
2	8	191	199
>	4.0%	96.0%	42.8%
	18.2%	45.4%	
Total	44	421	465
	9.5%	90.5%	

+-----+-----+	
single table analysis	
+-----+-----+	
Odds Ratio	3.74
Cornfield 95% CI for OR	1.81 - 13.72
Miettinen 95% CI for OR	1.77 - 7.88
Mantel-Haenszel	12.00
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	12.03
Degrees of freedom	1
+-----+-----+	

Command: tables pmuso p8resb

selection: all records selected

	p8resb		
pmuso	1	2	Total
1	156	111	267
>	58.4%	41.6%	56.9%
	62.4%	50.7%	
2	94	108	202
>	46.5%	53.5%	43.1%
	37.6%	49.3%	
+-----+-----+			

Total	250	219	469
	53.3%	46.7%	

```

+-----+
|single table analysis
+-----+
|Odds Ratio 1.61
|Cornfield 95% CI for OR 1.10 - 2.39
|Miettinen 95% CI for OR 1.12 - 2.33
|Mantel-Haenszel 6.52
|Fisher's single-tailed P Not Computed
|
|Chi square 6.53
|Degrees of freedom 1
+-----+

```

Command: tables pmuso p12papb

selection: all records selected

	p12papb		
pmuso	1	2	Total
1	178	79	257
>	69.3%	30.7%	57.6%
	61.8%	50.0%	
2	110	79	189
>	58.2%	41.8%	42.4%
	38.2%	50.0%	
Total	288	158	446
	64.6%	35.4%	

```

+-----+
|single table analysis
+-----+
|Odds Ratio 1.62
|Cornfield 95% CI for OR 1.07 - 2.45
|Miettinen 95% CI for OR 1.09 - 2.39
|Mantel-Haenszel 5.81
|Fisher's single-tailed P Not Computed
|
|Chi square 5.82
|Degrees of freedom 1
+-----+

```

Command: tables pmuso p13mamb

selection: all records selected

pmuso	p13mamb		Total
	1	2	
1	180	85	265
>	67.9%	32.1%	56.6%
	60.0%	50.6%	
2	120	83	203
>	59.1%	40.9%	43.4%
	40.0%	49.4%	
Total	300	168	468
	64.1%	35.9%	

single table analysis	
Odds Ratio	1.46
Cornfield 95% CI for OR	0.98 - 2.19
Miettinen 95% CI for OR	1.00 - 2.14
Mantel-Haenszel	3.87
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	3.88
Degrees of freedom	1

Command: tables pmuso p4ocupb

selection: all records selected

pmuso	p4ocupb		Total
	1	2	
1	218	49	267
>	81.6%	18.4%	56.8%
	55.6%	62.8%	
2	174	29	203
>	85.7%	14.3%	43.2%
	44.4%	37.2%	

```
Total |      392      78 |      470
      |  83.4%  16.6% |
```

```
+-----+
|single table analysis |
+-----+
|Odds Ratio              0.74 |
|Cornfield 95% CI for OR    0.42 - 1.24 |
|Miettinen 95% CI for OR   0.45 - 1.22 |
|Mantel-Haenszel           1.37 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|                            ----- |
|Chi square                 1.38 |
|Degrees of freedom         1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p5ocuelb

selection: all records selected

```
      | p5ocuelb      |
pmuso |      1      2 | Total
-----+-----+-----
      1 |    143    124 |    267
      > 53.6% 46.4% |    56.8%
      |    55.9% 57.9% |
      2 |    113     90 |    203
      > 55.7% 44.3% |    43.2%
      |    44.1% 42.1% |
-----+-----+-----
Total |    256    214 |    470
      |    54.5% 45.5% |
```

```
+-----+
|single table analysis |
+-----+
|Odds Ratio              0.92 |
|Cornfield 95% CI for OR    0.62 - 1.35 |
|Miettinen 95% CI for OR   0.64 - 1.33 |
|Mantel-Haenszel           0.21 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|                            ----- |
|Chi square                 0.21 |
|Degrees of freedom         1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p5parb

selection: all records selected

	p5parb		
pmuso	1	2	Total
1	123	144	267
>	46.1%	53.9%	56.8%
	55.7%	57.8%	
2	98	105	203
>	48.3%	51.7%	43.2%
	44.3%	42.2%	
Total	221	249	470
	47.0%	53.0%	

single table analysis		
Odds Ratio		0.92
Cornfield 95% CI for OR	0.62 - 1.34	
Miettinen 95% CI for OR	0.63 - 1.32	
Mantel-Haenszel		0.23
Fisher's single-tailed P	Not Computed	
Chi square		0.23
Degrees of freedom		1

Command: tables pmuso p11trao

selection: all records selected

	p11trao		
pmuso	1	2	Total
1	21	246	267
>	7.9%	92.1%	56.8%
	56.8%	56.8%	
2	16	187	203
>	7.9%	92.1%	43.2%
	43.2%	43.2%	
Total	37	433	470

| 7.9% 92.1% |

```
+-----+
|single table analysis
+-----+
|Odds Ratio                                1.00 |
|Cornfield 95% CI for OR                   0.48 - 2.23 |
|Miettinen 95% CI for OR                   0.51 - 1.97 |
|Mantel-Haenszel                            0.00 |
|Fisher's single-tailed P                   Not Computed |
|-----|
|Chi square                                0.00 |
|Degrees of freedom                          1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p11tra1

selection: all records selected

	p11tra1		
pmuso	1	2	Total
1	145	122	267
>	54.3%	45.7%	56.8%
	57.1%	56.5%	
2	109	94	203
>	53.7%	46.3%	43.2%
	42.9%	43.5%	
Total	254	216	470
	54.0%	46.0%	

```
+-----+
|single table analysis
+-----+
|Odds Ratio                                1.02 |
|Cornfield 95% CI for OR                   0.70 - 1.51 |
|Miettinen 95% CI for OR                   0.71 - 1.48 |
|Mantel-Haenszel                            0.02 |
|Fisher's single-tailed P                   Not Computed |
|-----|
|Chi square                                0.02 |
|Degrees of freedom                          1 |
+-----+
```

Command: tables pmuso p9buena

selection: all records selected

	p9buena		
pmuso	1	2	Total
1	188	79	267
>	70.4%	29.6%	56.8%
	56.8%	56.8%	
2	143	60	203
>	70.4%	29.6%	43.2%
	43.2%	43.2%	
Total	331	139	470
	70.4%	29.6%	

single table analysis	
Odds Ratio	1.00
Cornfield 95% CI for OR	0.65 - 1.52
Miettinen 95% CI for OR	0.67 - 1.49
Mantel-Haenszel	0.00
Fisher's single-tailed P	Not Computed
Chi square	0.00
Degrees of freedom	1

Command: tables pmuso p10prob

selection: all records selected

	p10prob		
pmuso	1	2	Total
1	220	45	265
>	83.0%	17.0%	57.0%
	60.8%	43.7%	
2	142	58	200
>	71.0%	29.0%	43.0%
	39.2%	56.3%	

```

-----+-----+-----
Total |      362      103 |      465
      |      77.8%  22.2% |
-----+-----+-----
|single table analysis |
-----+-----+-----
|Odds Ratio                2.00 |
|Cornfield 95% CI for OR   1.26 - 3.24 |
|Miettinen 95% CI for OR  1.29 - 3.10 |
|Mantel-Haenszel           9.53 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|                           ----- |
|Chi square                 9.55 |
|Degrees of freedom         1 |
-----+-----+-----

```

Command: tables pmuso p3estb

selection: all records selected

```

      | p3estb      |
pmuso |      1      2 | Total
-----+-----+-----
      1 |      140     127 |      267
      > 52.4%  47.6% |      56.8%
      | 53.0%  61.7% |
      2 |      124      79 |      203
      > 61.1%  38.9% |      43.2%
      | 47.0%  38.3% |
-----+-----+-----
Total |      264     206 |      470
      | 56.2%  43.8% |

```

```

-----+-----+-----
|single table analysis |
-----+-----+-----
|Odds Ratio                0.70 |
|Cornfield 95% CI for OR   0.47 - 1.03 |
|Miettinen 95% CI for OR  0.48 - 1.02 |
|Mantel-Haenszel           3.50 |
|Fisher's single-tailed P   Not Computed |
|                           ----- |
|Chi square                 3.50 |
|Degrees of freedom         1 |
-----+-----+-----

```

+-----+

Command: tables pmuso p14pub

selection: all records selected

	p14pub		
pmuso	1	2	Total
1	217	50	267
>	81.3%	18.7%	56.8%
	55.4%	64.1%	
2	175	28	203
>	86.2%	13.8%	43.2%
	44.6%	35.9%	
Total	392	78	470
	83.4%	16.6%	

+-----+

single table analysis	
Odds Ratio	0.69
Cornfield 95% CI for OR	0.39 - 1.16
Miettinen 95% CI for OR	0.42 - 1.15
Mantel-Haenszel	2.02
Fisher's single-tailed P	Not Computed
	-----
Chi square	2.03
Degrees of freedom	1

Command: tables pmuso p15priv

selection: all records selected

	p15priv		
pmuso	1	2	Total
1	112	155	267
>	41.9%	58.1%	56.8%
	61.9%	53.6%	
2	69	134	203

```

      > 34.0% 66.0% | 43.2%
      | 38.1% 46.4% |
-----+-----+-----
Total |    181    289 |    470
      | 38.5% 61.5% |

+-----+
|single table analysis
+-----+
|Odds Ratio                                1.40 |
|Cornfield 95% CI for OR                   0.95 - 2.11 |
|Miettinen 95% CI for OR                   0.96 - 2.05 |
|Mantel-Haenszel                           3.08 |
|Fisher's single-tailed P                   Not Computed |
|-----|
|Chi square                                3.08 |
|Degrees of freedom                         1 |

```



## 2 Análisis Multivariado

Tabla 8

### *Analisis Multivariado*

	c			c			MH	test	p-	nz
Ocur	rud	w	95%	rud	w	95%	Summ	for	value	margin
rencia	e	t	CI	e	t	CI	Chi	inter		
o	R	R	OR	R	R	RR	Sq	action		tables
pmus	5	3	2.10	2	2	1.35	18.3	4.17	0.	
nali	.61	.92	-7.33	.74	.08	-3.18	2	69	7592	8/8
mtra	6	5	3.41	2	2	1.64	61.1	9.08	0.	
huer	.01	.14	-7.76	.33	.03	-2.52	3	43	2467	8/8
nat	2	2	1.58	1	1	1.16	13.7	5.81	0.	
p44	.39	.64	-4.43	.4	.32	-1.50	2	41	5616	8/8
maltb	1	1	1.08	1	1	1.02		6.71	0.	
p8res	.55	.64	-2.50	.21	.18	-1.36	5.32	29	4594	7/8
b										