

GÉNERO Y SALUD:

Brechas y desigualdades entre hombres y mujeres en los Departamentos de Vaupés y Vichada, Colombia



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

GÉNERO Y SALUD:

Brechas y desigualdades entre hombres y mujeres
en los Departamentos de Vaupés y Vichada, Colombia



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Género y Salud. Brechas y desigualdades entre hombres y mujeres en los Departamentos de Vaupés y Vichada, Colombia. Bogotá : OPS, 2013.

1. Género. 2. Morbilidad. 3. Discapacidad. 4. Sistemas de Salud. 5. Colombia. I. Título. II. Gloria Milena Gracia Charry (ed.).

ISBN 978-92-75-31770-9

(Clasificación nlm: wa 300 dc7)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación (kmc), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE.UU. (pubrights@paho.org). Familia, Género y Curso de Vida (fgl) Dr. Dilberth Cordero (corderod@paho.org) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la ops letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotos de la carátula y contra carátula: Organización Panamericana de la Salud.

Impreso en Bogotá.

Coordinado por:

Gloria Milena Gracia Charry
Magíster en Salud Pública, Epidemióloga
Consultora externa de la OPS Colombia

Revisado por:

Shelly Abdool
Asesora Regional de Género, sede Panamá

Hernán Rodríguez González
Consultor Nacional OPS/OMS Colombia
Salud de la Mujer, Género, Materno-Neonatal y
Calidad-Seguridad del Paciente
De la ops/oms Colombia hasta julio de 2013

Sandra Patricia Rodríguez Latorre
Consultora Nacional ops/oms Colombia
Salud de la Mujer, Género, Materno-Neonatal
Desde agosto de 2013.

Bogotá, 2013



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Reconocimientos



La elaboración de este trabajo fue posible gracias al apoyo brindado por la Secretaría Departamental de Salud del Vaupés y la Secretaría Departamental de Salud del Vichada, así como por otras entidades de la Gobernación de estos departamentos, como la Secretaría de Educación, la Secretaría de Planeación, la Oficina de Desarrollo Comunitario y Asuntos Indígenas, la Oficina de la Gestora Social y la Coordinación de Calidad y Etnoeducación. Se agradece también a otras instituciones con sede en estos departamentos como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf), la Comisaria de Familia, la Empresa Social del Estado (ese) Hospital San Antonio de Mitú, la Empresa Administradora de Planes de Beneficio Caprecom sede Vaupés, la ese Hospital San Juan de Dios y las organizaciones sociales Amcafami y Fundamu con sede en el Vaupés. Finalmente el apoyo brindado por la Fundación Etnollano fue fundamental para la elaboración del contexto en el departamento del Vichada.

Listado de Abreviaciones



afacdisva:	Asociación de familias con discapacitados de Vaupés
can:	Comunidad Andina
cecodes:	Consejo Empresarial Colombiano Para el Desarrollo Sostenible
codhes:	Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento
dane:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
dnp:	Departamento Nacional de Planeación
eapb:	Empresa administradora de planes de beneficios
ensin:	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
eps:	Empresa promotora de salud
ese:	Empresa social del estado
ets:	Enfermedad de transmisión sexual
geih:	Gran Encuesta Integrada de Hogares
inmlcf:	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
ins:	Instituto Nacional de Salud
ips:	Institución prestadora de servicios de salud
mshps:	Ministerio de Salud y Protección Social
odm:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
oms:	Organización Mundial de la Salud
ops:	Organización Panamericana de la Salud

Listado de Abreviaciones

Orbipo:	Organización de los Pueblos Indígenas del Bajo Orinoco
Profamilia:	Asociación Probienestar de la Familia Colombiana
Redsiama:	Red de Salud Indígena Amazónica
ruaf:	Registro Único de Afiliados
sds:	Secretaría Departamental de Salud
sinchi:	Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas
sipod:	Sistema de Información para la Población Desplazada
siscan:	Sistema de Indicadores Sociales de la Comunidad Andina
unicef:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
vif:	Violencia intrafamiliar

Listado de cuadros



Cuadro 1. Fuentes de información en los ámbitos nacional y departamental	20
Cuadro 2. Población del Vaupés según municipio o corregimiento de residencia y distribución según sexo, 2012	25
Cuadro 3. Población del Vichada según municipio o corregimiento de residencia y distribución según sexo, 2012	27
Cuadro 4. Esperanza de vida al nacer en Vaupés, Vichada y Colombia, proyección 2010 - 2015	28
Cuadro 5. Fecundidad en Vaupés, Vichada y Colombia, proyección 2010 - 2015	32
Cuadro 6. Condición de residencia de menores de 15 años en Vaupés, Vichada y Colombia, 2010	33
Cuadro 7. Población en situación de desplazamiento en el departamento del Vaupés, 1998 - 2010	34
Cuadro 8. Población en situación de desplazamiento en el departamento del Vichada, 1998 - 2010	35
Cuadro 9. Diez primeras causas de consulta externa en el Hospital San Antonio de Mitú, 2011	38
Cuadro 10. Primeras causas de consultas por urgencias en el Vaupés, 2011	40
Cuadro 11. Principales causas de hospitalización en el Vaupés, 2011	41
Cuadro 12. Diez principales consultas en el área de Ginecología, por grupo de edad de la IPS Vaupés Sano en el departamento del Vaupés, 2010	43

Listado de cuadros

Cuadro 13. Primeras causas de consulta externa en el Vichada, 2011	45
Cuadro 14. Primeras causas de consulta por urgencias en el Vichada, 2011	45
Cuadro 15. Primeras causas de hospitalización en el Vichada, 2011	46
Cuadro 16. Enfermedades físicas y sociales referidas por mujeres indígenas de los cuatro sectores del Eje Orinoco - Gran Resguardo de la Selva de Matavén.	47
Cuadro 17. Causas de mortalidad departamento del Vaupés, 2010	50
Cuadro 18. Causas de mortalidad departamento del Vaupés, 2011	50
Cuadro 19. Causas de mortalidad departamento de Vichada, 2010	51
Cuadro 20. Causas de mortalidad departamento de Vichada, 2011	52
Cuadro 21. Exámenes médicos-legales por presunto delito sexual en municipios de Vichada, 2010	69

Listado de figuras



Figura 1. Ubicación geográfica de los departamentos de Vaupés y Vichada	24
Figura 2. Grupos étnicos que habitan en el departamento del Vaupés	26
Figura 3. Pirámide poblacional de Vaupés, 2012	29
Figura 4. Pirámide poblacional de Vichada, 2012	28
Figura 5. Pirámide poblacional de Colombia, 2012	30
Figura 6. Distribución de la procedencia de la población en situación de desplazamiento en el departamento del Vaupés, 2001-2010	31
Figura 7. Porcentaje de personas con discapacidad según sexo y municipio, Vaupés, 2012	53
Figura 8. Número de personas con discapacidad según deficiencias, Vaupés, 2012	54
Figura 9. Porcentaje de personas con discapacidad según sexo y municipio, Vichada, 2012	55
Figura 10. Número de personas con discapacidad según deficiencias, Vichada, 2012	56
Figura 11. Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en unión conyugal, 2010	63
Figura 12. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados, departamento de Vaupés - 2010	64
Figura 13. Casos y tasas de suicidios según sexo y grupo etario 2008-2010, departamento de Vaupés	66
Figura 14. Casos y tasa de incidencia de los casos de suicidio, durante el período 2008-2012, departamento de Vichada	67
Figura 15. Violencia y maltrato contra niños, niñas y adolescentes según sexo y grupo de edad - Vaupés 2011	68

Listado de figuras

Figura 16. Actividades remuneradas y no remuneradas, carga total de trabajo y horas a la semana según sexo. Promedio en Colombia, 2007 - 2010	71
Figura 17. Distribución porcentual de tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, por sexo, Colombia 2010	71
Figura 18. Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos en el Vaupés, 2004 - 2010	72

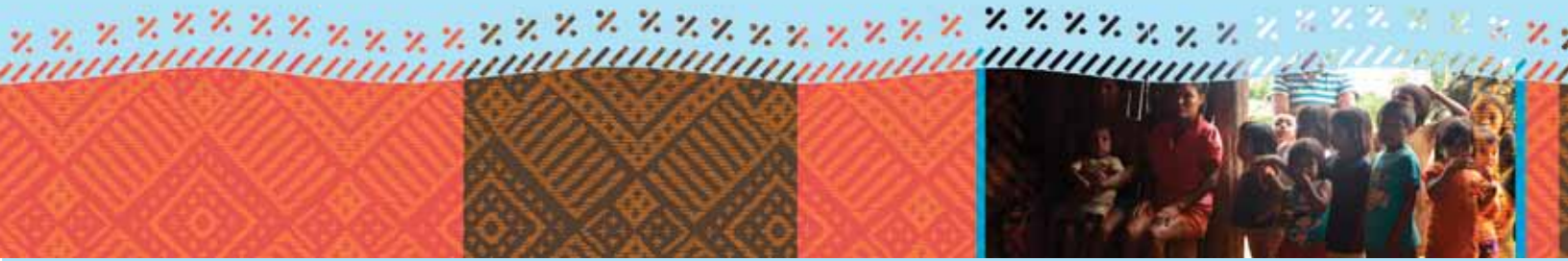
Índice



Listado de abreviaciones	vii
Listado de cuadros	ix
Listado de figuras	xi
1. Introducción	15
2. Objetivo	17
3. Metodología	19
3.1. Trabajo de campo	20
3.2. Análisis de la información	21
4. Ubicación geográfica	23
5. Perfil demográfico de los departamentos	25
5.1 Características generales de los hogares	32
5.2 Población en situación de desplazamiento	33
6. Situación de salud	37
6.1. Morbilidad en el Departamento del Vaupés	37
6.2. Morbilidad en el Departamento del Vichada	44
6.3. Mortalidad	49
6.4. Discapacidad	51
6.5. Características del Sistema de Salud	57
6.5.1. Sistema de Salud en el Vaupés	57
6.5.2. Sistema de Salud en el Vichada	59

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina	61
7.1. Porcentaje de adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez	61
7.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil, en unión, que usan en la actualidad métodos anticonceptivos modernos	62
7.3. Casos nuevos de infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) registrados	64
7.4. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	65
7.5. Porcentaje de violencia intrafamiliar (VIF) contra las mujeres, por tipo de violencia	67
7.6. Muertes de mujeres ocasionadas por su pareja o ex pareja	69
7.7. Tiempo no remunerado dedicado al cuidado de personas enfermas, con discapacidad y personas mayores que requieren de asistencia permanente	70
7.8. Razón de mortalidad materna	72
8. Conclusiones	75
9. Recomendaciones	77
Referencias	79
Anexo 1. Preguntas orientadoras	83
Anexo 2. Resultados del trabajo de campo	89
Anexo 3. Indicadores de salud y género: Vaupés, Vichada y Colombia	91

1. Introducción



El análisis de la situación de salud y género comprende la identificación de aspectos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y sanitarios que producen diferencias - a veces desigualdades - en las relaciones entre hombres y mujeres y en las expectativas y valores que una cultura asocia con el hecho de ser hombre o ser mujer. Estas diferencias y desigualdades son determinantes estructurales de la salud.

Teniendo en cuenta la importancia de este análisis y reconociendo las diferencias de género, etnicidad y área de residencia en el ámbito de salud, la Organización Panamericana de la Salud (ops) definió una Política de Igualdad de Género que promueve la generación, análisis y uso de evidencias para identificar y responder al impacto negativo del género en la salud. La elaboración de un perfil de género y salud representa un paso importante en la implementación de la Política, creando una base de evidencia local y nacional para mejorar la toma de decisiones y enfrentar las inequidades de salud.

En el contexto colombiano, se definió la elaboración del primer Perfil de Salud y Género para los departamentos de Vaupés y Vichada, teniendo en cuenta que la mayoría de su población es indígena, habita en zona rural y su estructura poblacional está conformada por más hombres que mujeres. Son objetivos de este perfil contribuir a entender cómo el género actúa como determinante de salud para hombres y mujeres de los grupos étnicos que habitan en estas regiones, identificar brechas de información y generar recomendaciones para lograr la equidad en salud.

¹ Las líneas de acción de la Política de Igualdad de Género de la OPS incluyen: a) Construir una base de datos probatorios sobre género y salud para informar sobre el desarrollo, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas sanitarios dentro de la OPS y de los Estados Miembros; b) Desarrollar herramientas y fortalecer capacidades en la secretaría y los Estados Miembro de la OPS para la integración de una perspectiva de igualdad del género en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas y de los programas; c) Aumentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, haciendo hincapié en que los grupos de mujeres y otros defensores de la igualdad del género participen en la determinación de las prioridades y la formulación y monitoreo de las políticas y programas en todos los niveles, y d) Institucionalizar las políticas que tienen en cuenta las cuestiones de género-específico, así como de mecanismos de monitoreo para dar seguimiento a los resultados concretos en materia de integración de la perspectiva de igualdad de género, de acuerdo con los métodos de gestión orientada a la consecución de resultados y la evaluación de la eficacia de las intervenciones de género en los resultados de la salud.

2. Objetivo



Identificar las barreras, situaciones de desventaja y oportunidades de los hombres y mujeres que residen en los departamentos de Vaupés y Vichada como insumo para las autoridades regionales en la construcción de una política con enfoque de género que propenda por la reducción de brechas e inequidades en salud.

3. Metodología



El análisis de género identifica, valora e informa acciones para enfrentar desigualdades basadas en normas, roles, relaciones de género, relaciones de poder y desiguales entre diferentes grupos de mujeres y hombres e interacciones de género con factores contextuales como la sexualidad, la etnicidad o el estatus socioeconómico. Este se basó en la guía de la ops/oms para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud y examina factores culturales, sociales y económicos que aumentan la susceptibilidad y la respuesta a ciertos problemas de salud.⁽¹⁾

La elaboración del perfil de género y salud en los departamentos de Vaupés y Vichada se basó en los métodos de análisis de género en salud, que incluyen el uso de preguntas críticas que permiten un mejor entendimiento de los indicadores de salud. Con base en las recomendaciones de la guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud de ops/oms, se utilizó información cuantitativa y cualitativa de diferentes fuentes: a) fuentes oficiales nacionales (estadísticas vitales, censos, encuestas de salud); b) registros rutinarios (centros de salud, hospitales, sistemas de vigilancia) e c) informes de estudios cuantitativos y cualitativos.⁽¹⁾

El presente documento incluye también datos de fuentes secundarias de información del nivel nacional y departamental, así como los resultados de las entrevistas semiestructuradas del personal del sector salud y de otros sectores tales como educación, protección social, gobierno y de organizaciones de mujeres con sede en estos departamentos.

El trabajo de campo se llevó a cabo en Mitú, capital del departamento del Vaupés y Puerto Carreño, capital del departamento de Vichada.

Se consultó la información disponible en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane), la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf), el Departamento Nacional de Planeación (dnp), el Instituto Amazónico de Investigaciones científicas (sinchi), la Red de Salud Indígena Amazónica (Redsiamama), la Fundación Etnodesarrollo en la Amazonía y los Llanos de la Orinoquía (Etnollano), La Organización de los Pueblos Indígenas del Bajo Orinoco (Orbipo), las Gobernaciones de Vaupés y Vichada, la ops/oms, la

3. Metodología

Alta Consejería Presidencial para la equidad de la mujer, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (codhes) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (unicef), entre otras (Cuadro 1).

Cuadro 1. Fuentes de información nivel Nacional y Departamental.

Institución	Fuente Consultada	Información recopilada
DANE	Estadísticas viales	Estructura poblacional Distribución de hogares y familias Nacimientos Defunciones Mortalidad materna
	Encuesta de calidad de vida Orinoquía - Amazonía	Hogares Servicios públicos Analfabetismo Afilización a seguridad social Vivienda Jefatura de hogar
PROFAMILIA	ENDS	Educación Empleo Discapacidad Ingresos Fecundidad Participación Planificación
INMLCF	FORENCIS	Mortalidad por causa externa
DNP	Plan plurianual de inversiones 2011 - 2014	Información departamental distribución de recurso según sector
SINCHI	Construyendo agenda 21 para el departamento del Vaupés	Información departamental
ICBF	Indicadores Vaupés y Vichada	Indicadores Vaupés y Vichada
Acción Social	Boletín territorial	Información desplazamiento Vaupés y Vichada
CECODES - Gaia Amazonas - Alisos Fundación Etnollano Publicaciones Semana	Amazonas, 2003: primer informe línea base de la Amazonía Colombiana.	Informe regional, 2011 Contextualización social y demográfica de la Amazonía Colombiana

Institución	Fuente Consultada	Información recopilada
Redsiama	Informe del proceso de capacitación de mujeres indígenas como auxiliares de la Unidad de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino del Hospital San Juan de Dios, en el marco de la campaña contra el Virus del Papiloma Humano. Documento sobre las condiciones sentidas de salud de las mujeres indígenas de los 4 sectores del Eje Orinoco - Gran Resguardo de Selva de Matavén	Capacitación de mujeres indígenas como auxiliares para el tamizaje de cáncer cervicouterino Condiciones sentidas de salud
Gobernaciones de Vaupés y Vichada	Plan de Desarrollo, diagnóstico de Salud y perfil epidemiológico	Información socio - demográfica y de Salud
Alta Consejería Presidencial para la equidad de la mujer	Consulta regional Amazonía	Situación de las mujeres en Colombia y en región Amazonía cifras e indicadores
CODHES	Las tierras Amazónicas fronterizas Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada	Derechos Humanos Presencia Estatal Actores armados y dinámica del conflicto Desplazamiento forzado
UNICEF	Indicadores Vaupés y Vichada	Indicadores Vaupés y Vichada
OPS /OMS	Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2011	Información Colombia

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Profamilia: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis: revista de publicación anual del INMLCF, DNP: Departamento Nacional de Planeación, SINCHI: Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas, ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, CECODES: Consejo Empresarial Colombiano Para el Desarrollo Sostenible, Gaia Amazonas, Alisos: Alianzas para la sostenibilidad, Fundación Etnollano, Publicaciones Semana, Redsiama: Red de Salud Indígena Amazónica, CODHES: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

3.1. Trabajo de campo

Previo al desarrollo del trabajo de campo en Mitú y Puerto Carreño, se identificaron las instituciones y organizaciones a contactar. Posteriormente, con base en la guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud de ops/oms, se definieron preguntas orientadoras para las entrevistas semiestructuradas con énfasis en

3. Metodología

planes y políticas de salud, educación, trabajo, transporte y protección social. Del universo de preguntas se seleccionaron y adaptaron las que más se ajustaban a cada institución u organización (*Anexo 1*).

En Mitú se logró realizar un grupo focal en la ese Hospital San Antonio. La descripción detallada de este trabajo se presenta en el *Anexo 2*.

3.2. Análisis de la información

La construcción del perfil de género y salud para los departamentos de Vaupés y Vichada incluyó el análisis del contexto histórico, cultural, social y demográfico de cada departamento. De igual manera, se hizo énfasis en el análisis de los ocho indicadores de género y salud acordados en el 2010 por los países miembros de la ops/oms y la Secretaría General de la Comunidad Andina (Sección 7 y *Anexo 3*).⁽²⁾

4. Ubicación geográfica



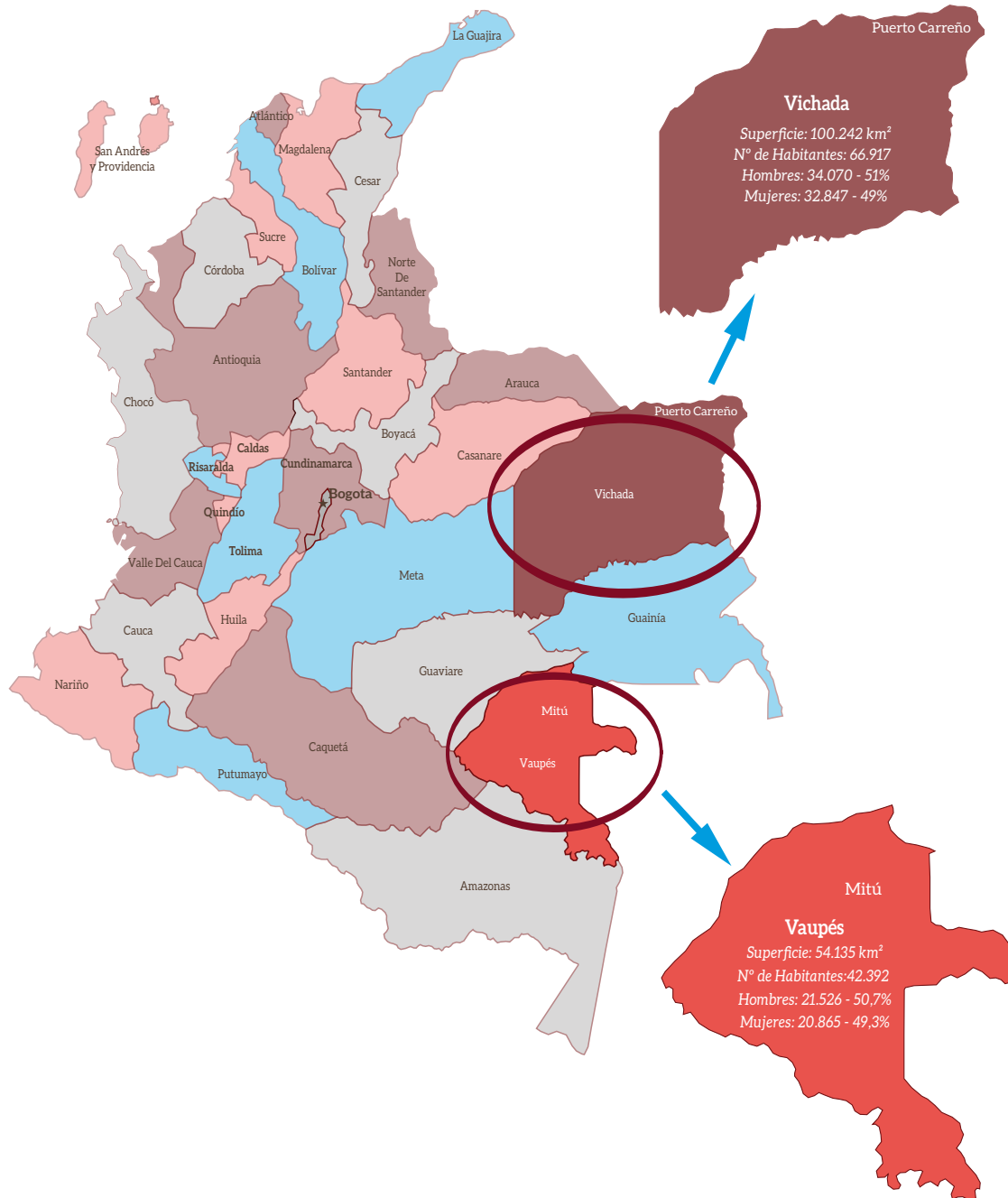
Los departamentos de Vaupés y Vichada se encuentran ubicados al oriente de Colombia (Figura 1). El departamento del Vaupés posee una superficie de 54.135 km², limita por el norte con los departamentos de Guaviare y Guainía (estos tres departamentos conformaron anteriormente el Gran Vaupés, siendo luego escindidos del mismo); por el este con Brasil; por el sur con el río Apaporis, que lo separa de los departamentos de Amazonas y Caquetá y por el oeste con los departamentos de Caquetá y Guaviare. Tiene una temperatura media de 27°C, constantes lluvias y vientos, lo que permite el crecimiento de gigantes árboles hasta de 40 metros de altura y tres metros de diámetro, así como arbustos, palmas, lianas y pasturas.⁽³⁾ Se han llegado a clasificar unas 628 especies de plantas, de 223 géneros y 102 familias. El departamento es muy rico en oro, uranio, e ilmenita (empleado en aleaciones especiales para la industria aeroespacial y para pigmentos).⁽³⁾

El Vaupés está dividido en tres municipios (Carurú, Mitú y Taraira), tres corregimientos departamentales (Pacoa, Papunahua y Yavaraté) y dos corregimientos municipales (Acaricuara y Villa Fátima).

El departamento de Vichada es el segundo departamento más grande de Colombia con una extensión territorial de 100.242 km², lo que representa el 8,7% del territorio Colombiano. Está conformado por cuatro municipios (Puerto Carreño, Cumaribo, Santa Rosalía y La Primavera) y 25 inspecciones. Limita al norte con el río Meta y los departamentos de Casanare, Arauca y la República Bolivariana de Venezuela; al sur con el río Guaviare; al occidente con los departamentos de Meta y Casanare y al oriente con la República Bolivariana de Venezuela y el río Orinoco.⁽⁴⁾

4. Ubicación geográfica

Figura 1. Ubicación geográfica de los departamentos de Vichada y Vaupés.



Fuente: Tomado y modificado del Instituto geográfico Agustín Codazzi, 2011.

5. Perfil demográfico de los departamentos



El departamento del Vaupés tiene 42.392 habitantes, el 0,09% del total de la población Colombiana, el 50,7% (n=21.526) son hombres y el 49,3% (n=20.865) son mujeres.⁽⁵⁾ El departamento de Vichada posee 66.917 habitantes, 0,14% del total de la población Colombiana, el 51% (n=34.070) son hombres y el 49% (n=32.847) mujeres.⁽⁵⁾ La distribución por sexo para ambos departamentos es diferente a la observada en el país donde predomina la población femenina (6,7).

El 36% (n=15.261) de los habitantes de Vaupés se ubican en las cabeceras municipales y el 64% (n=27.131) en el área rural.⁽⁸⁾ El mayor número de población habita en el municipio de Mitú (área urbana y rural), seguido del corregimiento de Pacoa (Cuadro 2). El 74,5% (n=31.582) de la población de Vaupés es indígena, el 24,6% es mestiza (n=10.428) y el 1% (n=423) es afrocolombiana.⁽⁹⁾ En el área rural del Vaupés existen aproximadamente 28 comunidades indígenas pertenecientes a los grupos lingüísticos arawak, bora, caribe, puinave, tucano oriental y huitoto.⁽¹⁰⁾

Cuadro 2. Población del Vaupés según municipio o corregimiento de residencia y distribución según sexo, 2012.

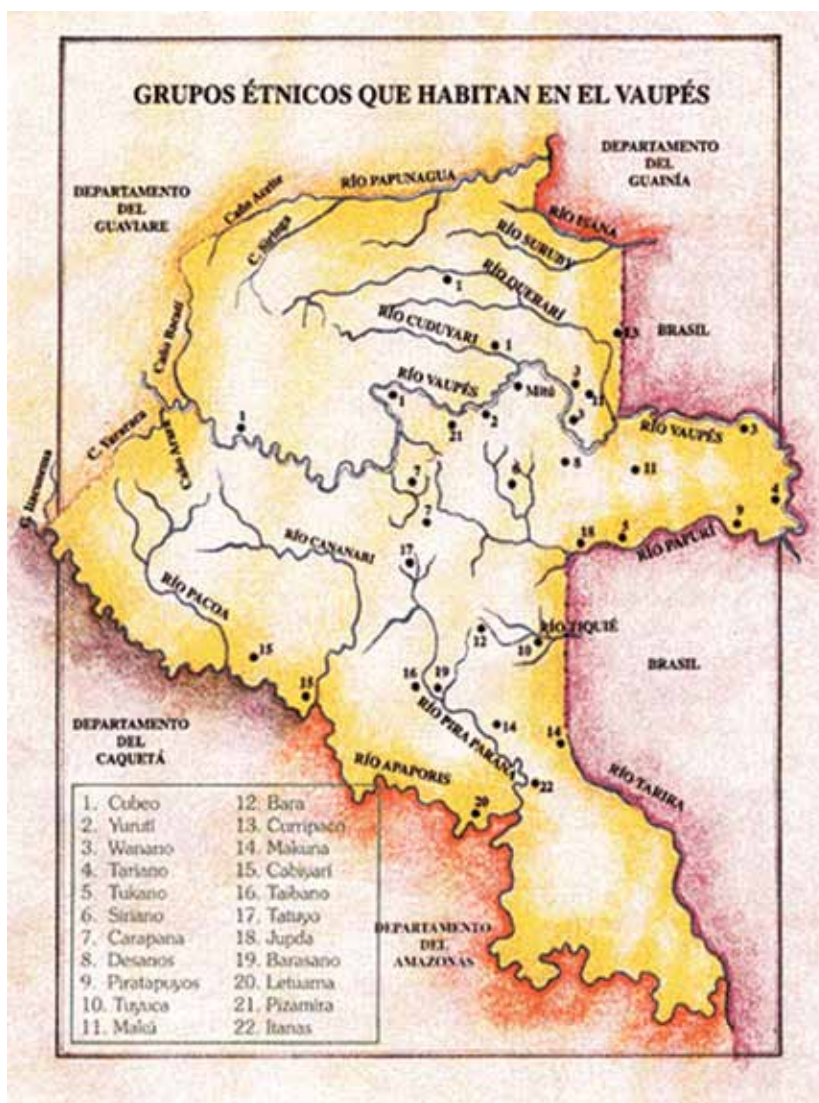
Municipio/Corregimiento	Total de población		Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Mitú	30658	72,3	15390	71,5	15268	73,2
Carurú	3310	7,8	1731	8,0	1579	7,6
Taraira	1000	2,4	523	2,4	477	2,3
Yavaraté	1251	3	654	3,0	597	2,9
Papunahua	857	2	448	2,1	409	2,0
Pacoa	5316	12,5	2780	12,9	2535	12,1
Total	42392		21526		20865	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.

5. Perfil demográfico de los departamentos

Según información de la Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico, en Vaupés se encuentran asentados principalmente grupos de indígenas de las etnias bará, barasana, caravana, desano, kawayari, kubo, kurripako, makuna, nukak, piratapuyo, pisamira, siriano, taiwano, tariano, tatuyo, tucano, tuyuka, wanano, yurutí.

Figura 2. Grupos étnicos que habitan en el departamento del Vaupés.



Fuente: Estrategia de Gobierno en Línea del orden Territorial (gelt). Vaupés "Gobierno Pluricultural con Progreso Social [Internet], [actualización 18 de octubre de 2012/acceso 15 de diciembre de 2012].
 Disponible en: <http://www.vaupes.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mmxx-1-&x=2028632>.

Se reconocen tres resguardos indígenas: el gran resguardo del Vaupés, el resguardo Arará-Bacatí-Lagos de Jamaicurú (compartido con el departamento del Guaviare) y el resguardo Yaigojé-Apaporis (compartido con el departamento del Amazonas) (Figura 2).⁽¹¹⁾

En el departamento de Vichada el 59% de la población (n=39.433) habita en la zona rural y el 41% (n=27.484) en la zona urbana (12,13). Más de la mitad de la población reside en el municipio de Cumaribo, ubicándose el 85% en la zona rural y 15% en la urbana de este municipio (Cuadro 3).⁽¹⁴⁾ El 50,6% (n=33.906) de la población es indígena, el 49% es mestiza (n=32.817), el 0,27% (n=183) es afrocolombiana y el 0,01% (n=11) es población Rom (Gitano).⁽⁴⁾

La Secretaría de Asuntos Indígenas del Vichada registra 57 resguardos indígenas (36 en Cumaribo, tres en La Primavera, dos en Santa Rosalía y 16 en Puerto Carreño). Además, se encuentran las etnias sikuani, piratapuyos, piapocos, cubeos, piaroa, curripaco, puinabe, saliba y amorua. Algunos grupos indígenas desaparecieron (mellas, patmo y yamú), y otros se encuentran en vías de extinción (chiricoa y cuiva). El 85% de la población indígena del Vichada habita en el municipio de Cumaribo, y buena parte de los resguardos están ubicados en la selva de Matavén en este municipio.

El 51% (n=21.457) de la población del Vaupés es menor de veinte años, el 43% (n=18.042) tiene entre 20 y 59 años y el 7% (n=2.893) es mayor de 60 años. Es mayor la proporción de

Cuadro 3. Población del Vichada según municipio o corregimiento de residencia y distribución según sexo, 2012.

Municipio	Total de población		Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Puerto Carreño	15012	22,4	7875	23,1	7137	21,7
Santa Rosalía	3807	5,7	1946	5,7	1861	5,7
La Primavera	13791	20,6	6981	20,5	6810	20,7
Cumaribo	34307	51,3	17268	50,7	17039	51,9
Total	66917		34070		32847	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion; 2012>.

5. Perfil demográfico de los departamentos

hombres hasta los 60 años; a partir de esta edad la distribución cambia, siendo mayor el número de mujeres en un 7,4% (6,7). Del total de mujeres del Vaupés el 46,9% (n=9.798) se encuentra entre los 15 y los 49 años (6,7).

De manera similar al Vaupés, en el departamento de Vichada el 52% (n=34.714) de la población es menor de veinte años, el 42% (n=27.901) tiene entre 20 y 59 años y el 6% (n=4.302) es mayor de 60 años. El número de hombres es mayor que el de mujeres en casi todos los grupos etarios. Se invierte esta relación en el grupo de 40 a 44 años y en los mayores de 70 años (6,7).

La esperanza de vida al nacer en los departamentos de Vaupés y Vichada (cuadro 4) es menor a la registrada en el país para ambos sexos y población total (15-17), pero la diferencia de expectativa de vida entre los dos sexos es de más de 5 años siendo mayor en las mujeres.

Cuadro 4. Esperanza de vida al nacer en Vaupés, Vichada y Colombia, proyección 2010 - 2015.

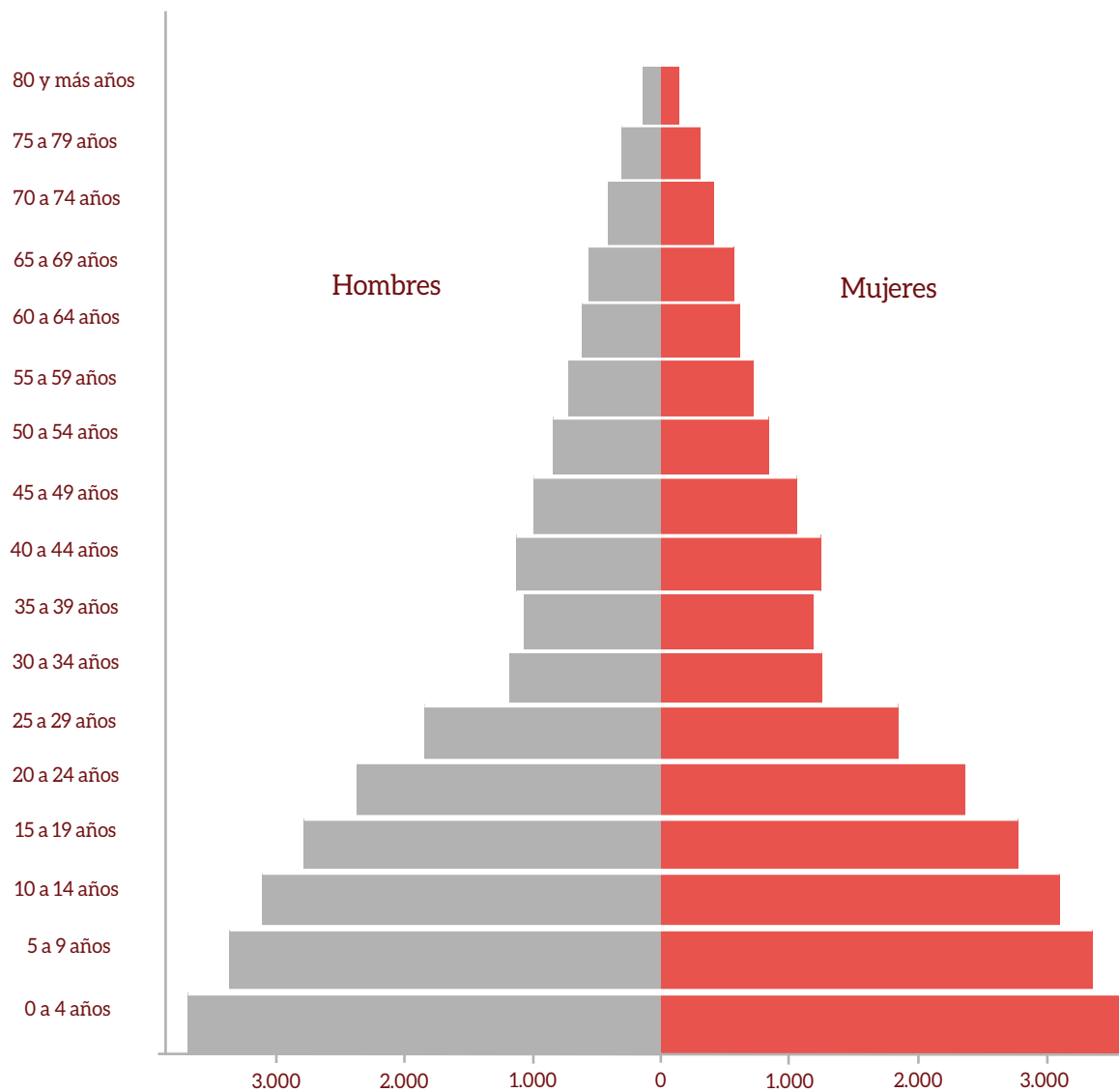
Departamento	Hombres	Mujeres	Total
Vaupés	67,03	73,03	69,96
Vichada	66,99	72,39	69,62
Colombia	72,07	78,54	75,22

Fuentes: Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero-Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vichada. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); 2008. Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vaupés. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); 2008.

Los departamentos de Vaupés y de Vichada coinciden en una pirámide poblacional progresiva (Figuras 3 y 4), con una base ancha y una disminución rápida hacia el ápice, lo que denota una población joven con altas tasas de natalidad. El 50,6% (n=21.457) de la población del Vaupés y el 51,8% (n=34.714) de la población del Vichada es menor de veinte años, mientras que en Colombia esta cifra es de 37%.⁽¹⁸⁾

En ambos departamentos se observa una reducción repentina de la población en las cohortes de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, posiblemente como efecto del conflicto armado interno (muertes por homicidio, desapariciones, desplazamiento, vinculación a grupos armados ilegales), la mortalidad por suicidio o por otras causas en edades tempranas y la migración a otros departamentos en búsqueda de alternativas económicas o educativas. En el Vichada se observa un leve aumento en la población de mujeres de 35 a 44 años (Figuras 3 y 4).

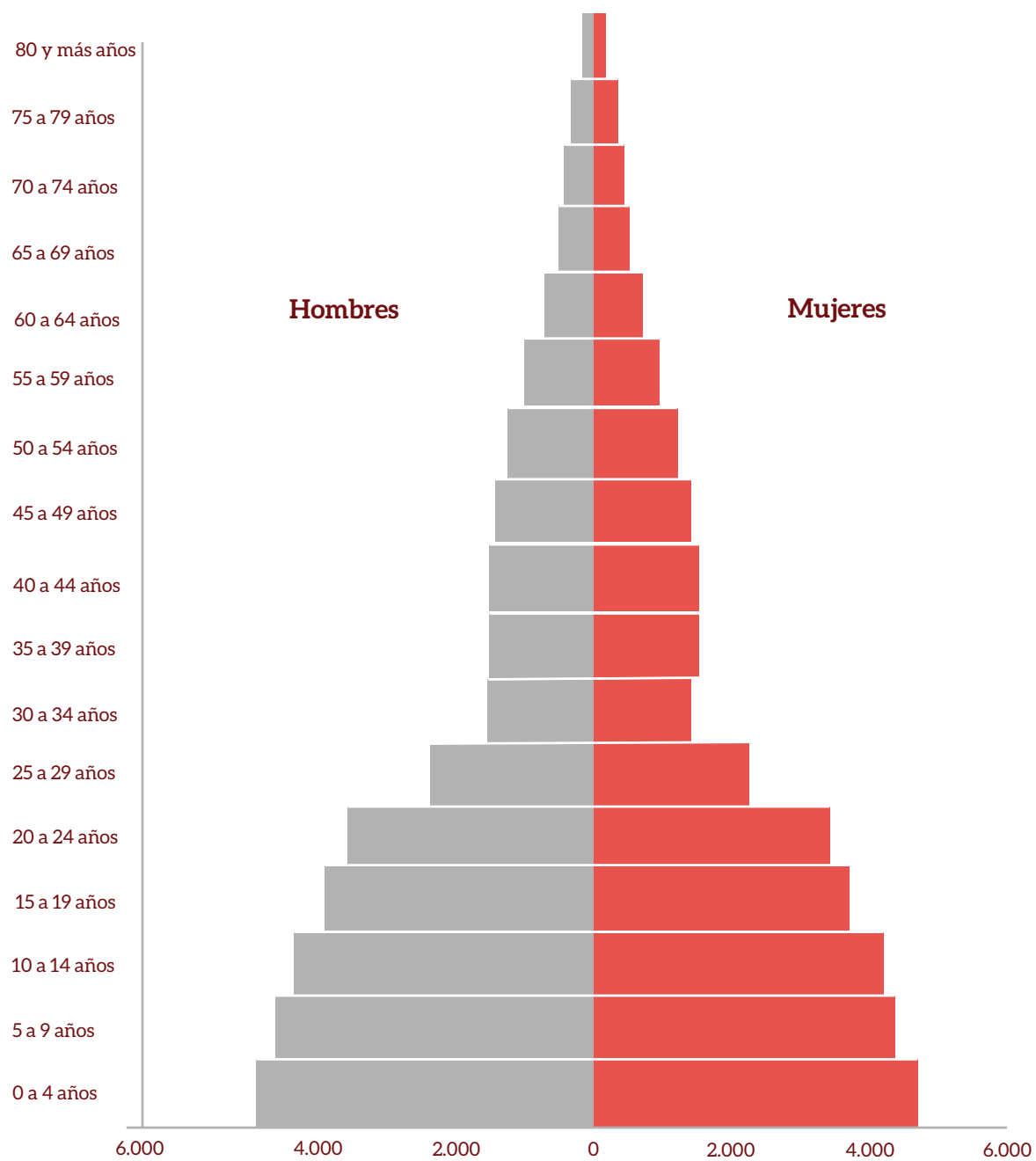
Figura 3. Pirámide poblacional de Vaupés, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion;2012>.

5. Perfil demográfico de los departamentos

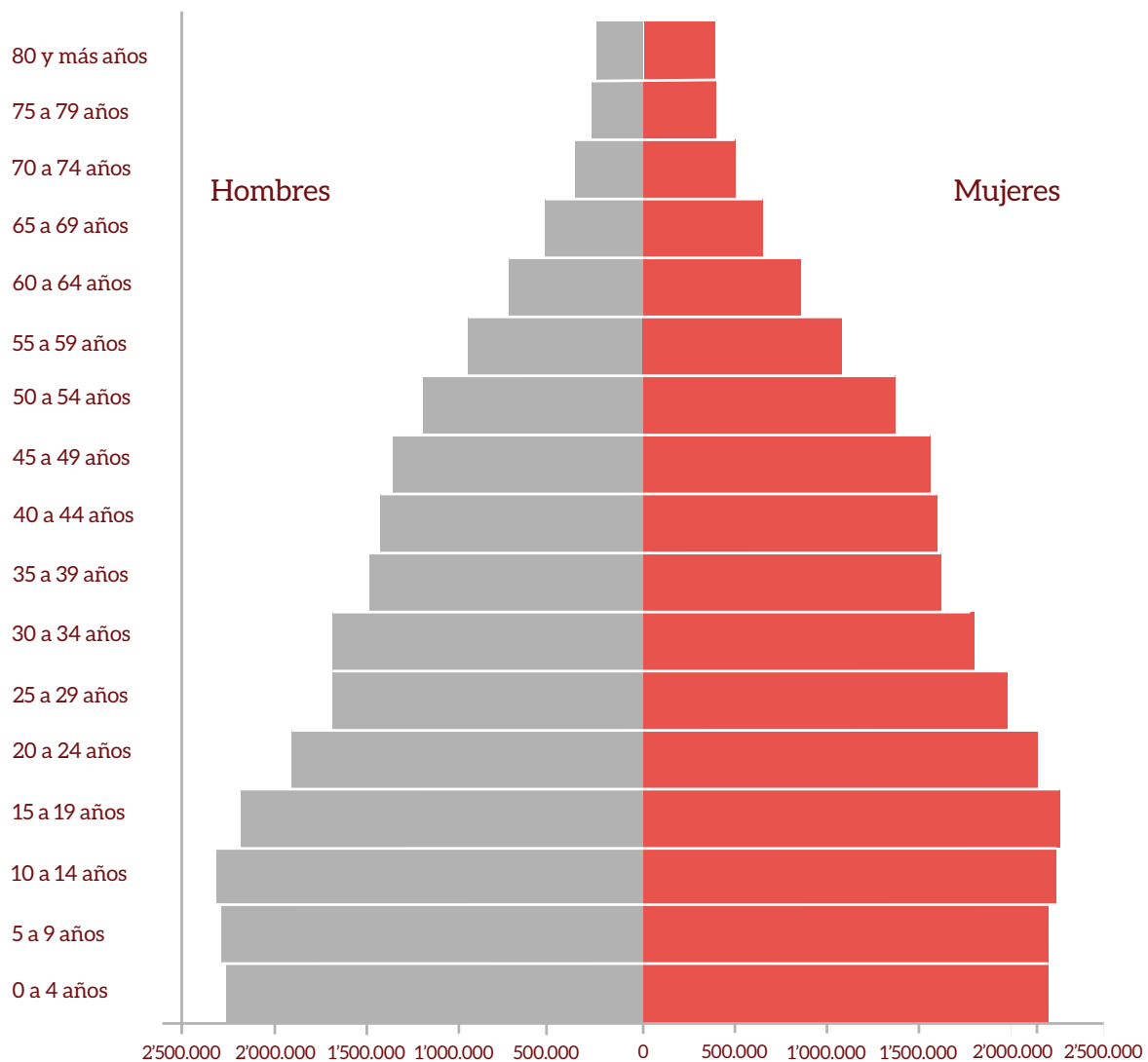
Figura 4. Pirámide poblacional de Vichada, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>; 2012.

La pirámide poblacional de Colombia es diferente a la de estos dos departamentos y se caracteriza por una reducción de la base en favor de un ensanchamiento de las zonas medias (Figura 5).⁽¹⁸⁾

Figura 5. Pirámide poblacional de Colombia, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion;2012>.

5. Perfil demográfico de los departamentos

La tasa anual de crecimiento poblacional para el Vaupés es de 1,96%⁽¹⁷⁾ y para el departamento de Vichada es de 2,94% (16), ambas son mayores a la estimada para el país que es de 1,18%.⁽¹⁹⁾

La tasa global de fecundidad y la tasa general de fecundidad (Cuadro 5) de los departamentos de Vaupés y Vichada duplican las del país (16,17,19). Esto puede estar relacionado con aspectos culturales que influyen en la resistencia, baja adherencia y poca demanda del servicio de planificación, especialmente entre la población masculina, y a que los principales líderes indígenas del Vaupés argumentan que se debe procrear el mayor número de hijos para garantizar la supervivencia de la raza.⁽⁹⁾

Cuadro 5. Fecundidad en Vaupés, Vichada y Colombia, proyección 2010 – 2015.

Departamento	Tasa global de fecundidad (N° de hijos por mujer)	Tasa general de fecundidad (x 1000 mujeres de 10 a 54)
Vaupés	4,21	130,7
Vichada	4,69	136,0
Colombia	2,45	74,6

Fuentes: Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero-Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vichada. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf); 2008. Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero-Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vaupés. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf); 2008.

5.1. Características generales de los hogares

Las mujeres encabezan el 29% de los hogares del departamento del Vaupés y el 24% de los hogares del departamento de Vichada. Aunque estas cifras son menores a las del país (34%)⁽¹⁹⁾, es importante tener en cuenta que las diferencias pueden estar relacionadas con factores socioeconómicos, como la estructura de mercado de trabajo y la poca incorporación femenina al mundo laboral; factores demográficos, como los movimientos migratorios de las áreas rurales a las cabeceras municipales; la esperanza de vida diferencial por sexo; factores culturales, el tradicional papel femenino de madre y esposa; y la violencia doméstica que lleva al sometimiento de la mujer.⁽²⁰⁾

En relación con la condición de residencia de menores de 15 años que viven con ambos padres, el Vaupés muestra una proporción mayor en comparación con el departamento de Vichada y con el país (Cuadro 6).

Cuadro 6. Condición de residencia de menores de 15 años en Vaupés, Vichada y Colombia, 2010.

Condición de residencia de menores de 15 años	Vive con ambos padres	Vive con la madre		Vive con la padre		No vive con ninguno de los padres				Sin información
		Padre vivo	Padre muerto	Madre viva	Madre muerta	Ambos padres vivos	Solo el padre vivo	Solo la madre viva	Ambos padres muertos	
Vaupés	62,1	21,3	2,3	2,5	0,8	6,9	0,6	0,8	0,6	2,1
Vichada	56,3	25,5	2,6	3,2	0,6	8,5	0,6	0,8	0,1	1,8
Colombia	56,1	29,4	2,9	2,8	0,3	5,9	0,4	0,7	0,1	0,3

Fuente: Asociación Probienestar de la familia colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

5.2. Población en situación de desplazamiento

Para el periodo 1998 - 2010, 2.155 personas declararon estar en situación de desplazamiento en el departamento del Vaupés (Cuadro 7). Durante el mismo periodo 4.040 personas fueron expulsados de su territorio de residencia.⁽²¹⁾

Según el Diagnóstico Departamental de Salud del Vaupés, en la población en situación de desplazamiento predominan los hombres (52%) y el 84% se reconoce como indígena. El 79% de las personas en situación de desplazamiento se encuentran inscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su mayoría al régimen subsidiado.⁽⁹⁾

El 72% de las personas desplazadas residía en el área rural del Vaupés, la mayor zona expulsora comprende los asentamientos humanos apostados a las orillas y en las zonas de influencia del río Vaupés, lo que se corresponde con una mayor presencia de conflicto armado interno. El frente primero de la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (farc) ejerce control en gran parte del río Vaupés, entre los límites con el departamento de Guaviare y en las zonas rurales de los tres municipios del departamento.⁽²²⁾

5. Perfil demográfico de los departamentos

El 16% de la población desplazada provenía de los departamentos de Guaviare, Amazonas y Meta (Figura 6), siendo el municipio de Mitú el principal receptor de esta población.

De acuerdo con el Sistema de Información para la Población Desplazada (sipod), con corte al 30 de agosto de 2011, el Vaupés mostró un incremento con respecto al año 2010 del 48% en cuanto a expulsión de población (pasando de 55 personas y 21 hogares en 2010 a 92 personas

Cuadro 7. Población en situación de desplazamiento en el departamento del Vaupés, 1998 – 2010.

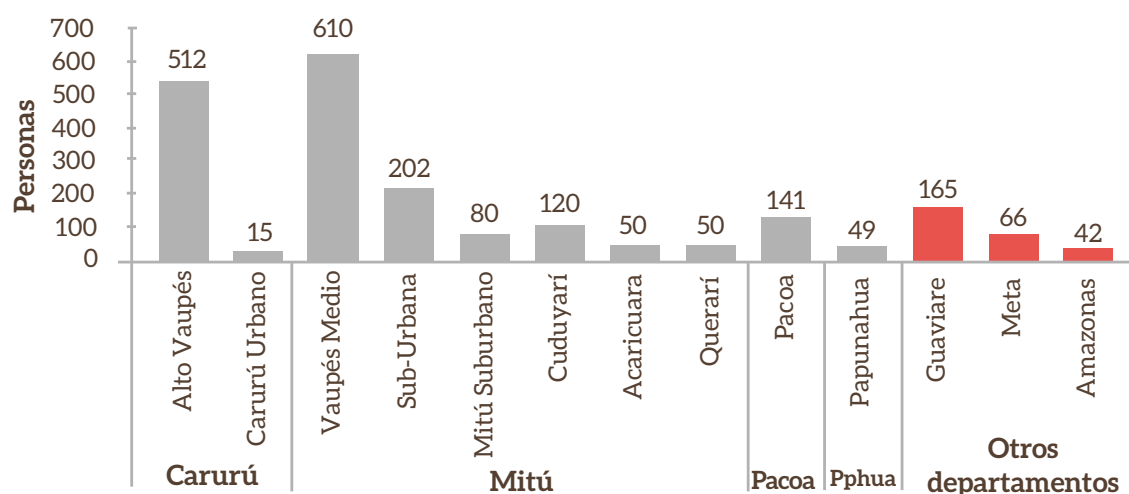
Municipio/Categoría de edad/Situación de desplazamiento	Carurú	Mitú	Pacoa	Papunaua	Taraira	Yavaraté	Total Vaupés	
Primera infancia 0 a 5 años	Declaración	16	160	0	0	1	2	179
	Expulsión	80	274	11	8	4	4	381
Niños y Niñas	Declaración	32	338	0	0	2	0	372
	Expulsión	190	445	16	12	6	2	671
Adolescentes	Declaración	28	274	0	0	4	2	306
	Expulsión	145	379	18	5	7	0	554
Adultos	Declaración	96	963	0	0	4	4	1067
	Expulsión	470	138	43	17	22	14	1948
Adultos Mayores	Declaración	7	113	0	0	1	2	123
	Expulsión	40	161	3	1	2	0	207
Sin información de edad	Declaración	-	-	-	-	-	-	108
	Expulsión	-	-	-	-	-	-	279

Fuente: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas [Internet]. Bogotá: Unidadvictimas.gov.co; 2012 - [actualizada el 20 de agosto de 2012; acceso 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://sipod.unidadvictimas.gov.co/Security/Login.aspx?taskID=3396339f-ba74-4c31-9deb-5c2c708b8b9b>.

y 31 hogares en 2011) y una disminución del 67% en recepción (pasando de 56 personas y 18 hogares en 2010 a 28 personas y 6 hogares en 2011).⁽²¹⁾

El desplazamiento en el Vaupés se ha dado como resultado de varios factores dentro de los que se encuentran los hostigamientos de la guerrilla y los combates con el ejército, aumento de la fuerza pública en el departamento con hombres habitantes de la región, y reclutamiento e intimidación de parte de la insurgencia. Además, según codhes, las aspersiones aéreas realizadas por el gobierno sobre cultivos ilícitos han ocasionado pérdidas en las chagras (terreno donde se cultiva el alimento) generando inseguridad alimentaria y expulsión del territorio por parte de la población civil no vinculada al conflicto armado.⁽²²⁾

Figura 6. Distribución de la procedencia de la población en situación de desplazamiento en el departamento del Vaupés, 2001-2010.




Fuente: Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010. Mitú: Gobernación del Vaupés, Secretaría de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.

Cuadro 8. Población en situación de desplazamiento en el departamento del Vichada, 1998 - 2010.

Municipio/Categoría de edad/Situación de desplazamiento	Cumaribo	La Primavera	Puerto Carreño	San Jose de Ocur	Santa Rita	Santa Rosalia	Total Vichada
Primera infancia 0 a 5 años	Declaración	67	73	231	0	6	377
	Expulsión	1315	138	114	74	6	1678
Niños y Niñas	Declaración	209	178	421	0	26	834
	Expulsión	1795	194	200	83	18	2352
Adolescentes	Declaración	199	122	398	0	18	737
	Expulsión	1400	173	195	61	11	1923
Adultos	Declaración	540	465	1451	0	0	2512
	Expulsión	5122	698	665	231	24	7051
Adultos Mayores	Declaración	48	34	159	0	6	247
	Expulsión	369	73	78	14	4	568
Sin información de edad	Declaración	-	-	-	-	-	49
	Expulsión	-	-	-	-	-	279

Fuente: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas [Internet]. Bogotá: unidadvictimas.gov.co; 2012 - [actualizada el 20 de agosto de 2012; acceso 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://sipod.unidadvictimas.gov.co/Security/Login.aspx?taskID=3396339f-ba74-4c31-9deb-5c2c708b8b9b>.



En el departamento de Vichada la situación de desplazamiento también preocupa. Durante el periodo 1998 - 2010 el Vichada fue expulsor de 13.851 personas (9.800 personas más que en el Vaupés), constituyéndose Cumaribo como principal municipio expulsor (Cuadro 8).⁽²²⁾

En el Vichada, 4.756 personas declararon estar en situación de desplazamiento, el municipio de Puerto Carreño fue el de mayor recepción con el 56,6%, seguido por Cumaribo (22,5%), La Primavera (18,5%) y Santa Rosalía (2,4%). De acuerdo con testimonios recogidos por codhes:

Los desplazados llegan a Carreño buscando seguridad. Según explican allí están protegidos, y quien quiere trabajar busca la manera; nadie instiga, nadie persigue.⁽²²⁾

Los municipios donde se presenta mayor expulsión (Cumaribo y La Primavera), se caracterizan por expresiones más claras y directas de conflicto armado, así como por la dinámica poblacional que produce el circuito económico establecido con el cultivo y el procesamiento de la hoja de coca, como único medio de subsistencia.⁽²²⁾

6. Situación de salud



6.1. Morbilidad en el Departamento del Vaupés

Para el análisis de la morbilidad en el departamento del Vaupés se tuvo en cuenta la información para el año 2011 de la ese departamental de segundo nivel de atención Hospital San Antonio y de la ips privada Vaupés Sano, ambas instituciones se encuentran ubicadas en Mitú, capital del departamento. También se tomó como referencia el diagnóstico departamental de Salud.

Dentro de las diez primeras causas de morbilidad por consulta externa en el Hospital San Antonio de Mitú (*Cuadro 9*), se registraron diagnósticos como parasitosis, gastroenteritis, micosis e infección de vías urinarias, estas últimas con mayor prevalencia en las mujeres. Estas enfermedades se relacionan con las características de saneamiento básico del departamento, en donde la cobertura promedio de acueducto y alcantarillado no supera el 84% en el área urbana y la prestación del servicio es intermitente. Las zonas rurales no cuentan con acueducto ni alcantarillado, el agua no es apta para consumo humano, dado que las comunidades se abastecen de aguas lluvias o de caños y, como agravante, la disposición de las basuras y de materia fecal se realiza a campo abierto o por enterramiento.⁽⁸⁾

La presencia de enfermedades como la gastritis y la hipertensión ubicadas también dentro de las diez primeras causas de morbilidad podría estar relacionada con los hábitos alimenticios de la población como el consumo de ají y de sal y las características de saneamiento básico.

La presencia de lumbago en ambos sexos puede estar ligado con los roles sociales que ejercen las mujeres y los hombres al interior de las comunidades:

La mujer es la que ejerce el trabajo más pesado del hogar, es la responsable del cuidado de los hijos y la crianza, cualquier cosa que le pueda pasar a ellos es responsabilidad de la mujer. El hombre selecciona el terreno donde va a tumar la chagra, terreno bueno y

6. Situación de salud

fértil. Ellos tumban y ayudan a la quema, luego la mujer siembra, en algunos casos ayuda el hombre, ella siembra y mantiene limpiándola. El hombre se dedica a la caza y la pesca.

(Entrevista profesional de la salud, sds).

El análisis de la situación nutricional de las gestantes y los niños y niñas de 0 a 5 años en el departamento muestra como las comunidades indígenas que habitan en el área rural y especialmente las pertenecientes a Pacoa, son las más afectadas por desnutrición, mientras que entre quienes habitan en la zona urbana se observa con mayor predominio el sobrepeso. Durante el año 2010, de las 239 gestantes evaluadas, el 48,5% (n=116) presentaron algún tipo de malnutrición y de este total el 73% (n=85) presentó enflaquecimiento.⁽⁹⁾ Para este mismo periodo el 17,1% de los niños y niñas incluidos en la cohorte de seguimiento con edades comprendidas entre los 0 y los 2 años presentaron desnutrición global y el 12,8% desnutrición aguda. Entre los 2 y los 5 años, la desnutrición global también se observó en el 17,2% y la aguda en el 5,9%. Las cifras de desnutrición global del Vaupés son superiores a las registradas en la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional (ensin) del 2010 para el nivel Nacional donde llegó al 3,4%.⁽²³⁾

Cuadro 9. Diez primeras causas de consulta externa en el Hospital San Antonio de Mitú, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1. Paritosis intestinal sin otra especificación.	210	23,1	215	22,1	425	22,5
2. Infección de vías urinarias sitio no especificado.	69	7,6	144	14,8	213	11,3
3. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	119	13,1	80	8,2	199	10,6
4. Rinofaringitis aguda	210	10,0	94	9,6	185	9,8
5. Lumbago no especificado	69	11,0	82	8,4	182	9,7
6. Helmintiasis intestinal sin otra especificación.	119	7,4	107	11,0	174	9,2
7. Hipertensión	210	10,4	73	7,5	168	8,9
8. Gastritis no especificada	69	6,3	76	7,8	133	7,1
9. Piodema	119	6,3	65	6,7	122	6,5
10. Micosis superficial sin otra especificación.	119	5,0	39	4,0	85	4,5
Total	911		975		1886	

Fuente: ese Hospital San Antonio. Registros Individuales de Prestación de Servicios (rips). Mitú: ese Hospital San Antonio, oficina de estadística; 2012.

La situación nutricional puede relacionarse con poca variedad de productos alimenticios en zonas rurales, reducción en la disponibilidad de pescado (base de la alimentación en las comunidades indígenas) y el abandono de elementos tradicionales culturales que podrían ser considerados factores protectores para la población de niños, niñas y adolescentes. Algunas comunidades ya no tienen ni los alimentos tradicionales (quiñapira, casabe y fariña), lo cual se considera símbolo de pobreza:

En las casas indígenas no puede faltar ni la quiñapira, ni el casabe, ni la fariña... el que no se tengan estos tres productos en la casa es símbolo de pobreza...la quiñapira es un caldo de ají que inicialmente lo pueden hacer con el pescado, se prepara con ají, se come el pescado fresco pero ese caldo queda y ellos todas las noches lo hierven para poder utilizarlo en las mañanas y eso puede durar días y hacen el casabe que es la arepa de yuca que viene de varias formas dependiendo de la etnia y la fariña que es como una yuca en gránulos, ellos cogen la yuca, la rayan, hacen una masa, la ciernen y la empiezan a tostar. Con la fariña complementan los caldos y hacen la sobremesa chivé que es agua con fariña, eso queda ácido y calma la sed. (Entrevista profesional de la salud, sds)

Con relación a las consultas por urgencias en el departamento del Vaupés, estas estuvieron relacionadas con enfermedades prevenibles con manejo ambulatorio (Cuadro 7). Esta situación puede estar relacionada con las barreras de acceso de tipo geográfico y las condiciones propias de transporte y del sistema de salud del departamento:

El departamento del Vaupés cuenta con la ese Hospital San Antonio, que presta servicio a todo el departamento. Aunque esta ese es de segundo nivel, principalmente presta servicios de primer nivel, dado que existe dificultad para la contratación de los especialistas por el salario ofrecido y el acceso al departamento desde otras partes del país, que es únicamente por vía aérea [...] Para la referencia de los pacientes desde el área rural se establece comunicación por radioteléfono. Esta comunicación se establece con los auxiliares o promotores de las ESE, quienes están en los corregimientos. La Secretaría Departamental de Salud traslada a los enfermos por vía aérea. Incluso hay comunidades en que además se debe llegar por vía fluvial o terrestre caminando cerca de 6 horas. (Entrevista profesional de desarrollo de servicios, Secretaría Departamental de Salud del Vaupés).

Los primeros motivos de consulta por urgencia en las mujeres del Vaupés fueron la diarrea y gastroenteritis, seguido del parto espontáneo, las infecciones de vías urinarias y la neumonía. En los hombres, los primeros motivos de consulta fueron las heridas en diferentes partes del cuerpo, diarrea y neumonía viral (Cuadro 10).

Para este mismo año el icbf reportó 118 casos de violencia intrafamiliar, en su mayoría contra mujeres.

6. Situación de salud

Cuadro 10. Primeras causas de consultas por urgencias en el Vaupés, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1. Diarrea y gastroenteritis presunto origen infeccioso.	88	26,7	97	23,5	185	24,9
2. Herida en estructuras corporales.	94	28,5	27	6,5	121	16,3
3. Neumonía viral no especificada.	67	20,3	48	11,6	115	15,5
4. Parto único espontáneo sin otra especificación.	0	0,0	94	22,8	94	12,7
5. Infección de vías urinarias sitio no especificado.	18	5,5	74	17,9	92	12,4
6. Gastritis no especificada.	14	4,2	31	7,5	45	6,1
7. Rinofaringitis aguda (resfriado común).	15	4,5	18	4,4	33	4,4
8. Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.	20	6,1	11	2,7	31	4,2
9. Efecto tóxico de contacto con animales venenosos: veneno de serpiente.	14	4,2	13	3,1	27	3,6
Total	330		413	100	743	

Fuente: ese Hospital San Antonio. Registros Individuales de Prestación de Servicios (rips). Mitú: ese Hospital San Antonio, oficina de estadística; 2012.

Cerca del 50% de las causas de hospitalización en el Vaupés, estuvieron relacionadas con enfermedades prevenibles o de atención ambulatoria (Cuadro 11). Se observa que el accidente ofídico constituye la quinta causa de hospitalización con 24 casos.

Según datos del Instituto Nacional de Salud, entre enero y septiembre de 2012 (periodo epidemiológico noveno) se presentaron tres muertes (dos en hombres y uno en una mujer) en población residente en el área rural de los municipios de Mitú, Pacoa y Carurú, todos agredidos por serpientes del género *Bothrops* (cuatro narices), en dos de los casos no se utilizó antiveneno como tratamiento. Es preocupante que la tasa de mortalidad por esta causa en el Vaupés y el porcentaje de letalidad sean los más altos del país 70,7 por 1'000.000 de habitantes y 11,1%, respectivamente (la tasa en Colombia es de 0,49 por 1'000.000 de habitantes y el porcentaje de letalidad es 0,75%).⁽²⁴⁾ Las muertes por accidente ofídico en el departamento probablemente hubiera podido evitarse con promotores indígenas habilitados para aplicar el suero antiofídico, dadas las dificultades para acceder desde las áreas rurales a los servicios de salud ubicados en la capital del departamento.⁽²⁴⁾

Según sexo, el primer motivo de hospitalización en hombres fue la neumonía y en mujeres la atención del parto. Resalta la baja demanda del parto institucional y de atención del parto por personal de salud en el Vaupés. Para el año 2011 solo el 58% de los partos en el departamento fueron atendidos en una institución de salud.⁽⁹⁾

De acuerdo a la información reportada por la ips Vaupés Sano, el parasitismo intestinal se ubicó dentro de las cinco primeras causas de consulta para todos los grupos etarios, con

Cuadro 11. Principales causas de hospitalización en el Vaupés, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1. Parto	0	0,0	207	66,3	207	50,5
2. Neumonía	49	50,0	39	12,5	88	21,5
3. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	18	18,4	23	7,4	41	10,0
4. Efecto tóxico del contacto con animales venenosos: veneno de serpiente.	12	12,2	12	3,8	24	5,9
5. Infección de vías urinarias sitio no especificado.	5	5,1	12	3,8	17	4,1
6. Inercia uterina secundaria.	0	0,0	14	4,5	14	3,4
7. Celulitis otras partes de los miembros.	5	5,1	1	0,3	6	1,5
8. Traumatismo intracraneal	9	9,2	4	1,3	13	3,2
Total	98		312		410	

Fuente: ese Hospital San Antonio. Registros Individuales de Prestación de Servicios (rips). Mitú: ese Hospital San Antonio, oficina de estadística; 2012.

6. Situación de salud

distribución similar por sexo. La piodermatitis afectó principalmente a población de 1 a 14 años, la infección de vías urinarias se presentó en la población menor de 44 años y fue mayor en mujeres que en hombres. El lumbago se presentó en los mayores de 15 años. Hasta los 44 años esta patología fue mayor en hombres, después de esta edad se presentó con mayor proporción en mujeres. A partir de los 45 años se observaron enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad de Parkinson y el glaucoma. Para todas las edades, las primeras causas de consulta fueron parasitosis intestinal, lumbago, embarazo e infección de vías urinarias, situación similar a la observada en el Hospital San Antonio de Mitú.

Los hallazgos de morbilidad para el Vaupés, se corresponden con la percepción del personal de salud de Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (aseguradoras) de este departamento:

Las problemáticas de salud más frecuentes en hombres y en mujeres dentro de la población afiliada a nuestra empresa promotora de salud son: la diarrea, igual en niños y niñas; la infección respiratoria aguda; el accidente ofídico en hombres (aunque también ocurre en mujeres pero es más frecuente en hombres); traumas,[sic] hay mucho accidentes en los palos, los niños se caen cuando se suben a los palos; desnutrición en algunas zonas, no en todas pero en algunas zonas se ve la desnutrición (zonas: Tirá, Tiquié y Buenos Aires es donde se ve más la desnutrición tanto en niños como en niñas); bajo peso en gestantes también se ve muchísimo. (Entrevista a profesional de la salud de eps).

De acuerdo con lo reportado por la ips Vaupés Sano, la principal causa de consulta por ginecología fue la supervisión del embarazo de alto riesgo, posiblemente relacionada con la proporción de partos en mujeres adolescentes, que alcanzaron para el año 2010 el 20,5% del total del departamento (n=647). El 1,1% (7 partos) se presentó en mujeres de 10 a 14 años y el 19,3% (125 partos) en población de 15 a 19 años. De igual manera, los embarazos de alto riesgo podrían estar relacionados con las bajas coberturas de control prenatal que no superan el 19% en todo el departamento y el 7% en la población del área rural (Cuadro 12).

Con relación a problemas de salud en las mujeres, el personal de la ese Hospital San Antonio de Mitú, manifestó lo siguiente:

Mire, según el conocimiento que hemos adquirido y la experiencia que tenemos en el área, nuestras mujeres en el departamento están básicamente afectadas cuando son más vulnerables (hablo en la época del embarazo) nosotros no tenemos la oportunidad para brindarles los controles que requieren las madres por médicos, ni los controles de seguimiento por enfermería, entonces ¿qué pasa con eso, en unos de los periodos más vulnerables de nuestras mujeres?, en primer lugar nosotros no les brindamos esa atención

Cuadro 12. Diez principales consultas en el área de Ginecología, por grupo de edad de la IPS Vaupés Sano en el departamento del Vaupés, 2010.

Nombre Diagnostico	Menores de 15 años	15 - 44	45 - 59	Total
Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación.	7	33	1	41
Supervisión de embarazo normal no especificado.	0	17	0	17
Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades e infecciosas y parasitosis.	0	10	2	12
Salpingitis y ooforitis aguda.	0	3	0	3
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada.	0	3	0	3
Dolor pélvico y perineal.	0	3	0	3
Amenorrea secundaria.	0	2	0	2
Leiomioma del útero, sin otra especificación	0	0	2	2
Candidiasis de la vulva y de la vagina.	0	2	0	2
Embarazo prolongado.	0	1	1	2

Fuente: Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010. Mitú: Gobernación del Vaupés, Secretaria de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.

oportuna que necesitan ellas y en segundo lugar nuestras mujeres también sufren de desconocimiento general acerca de los cuidados y las complicaciones que tienen las mujeres en el embarazo; entonces ese sería como el punto general en el que más sufren las mujeres, otro poquito en porcentaje, para nuestro conocimiento, sería de pronto el maltrato aunque se ve en menos medida quizá sea por la condición un poco machista de nuestro departamento pero sí, yo lo pondría en segundo nivel.(Entrevista profesional de salud ese)

Al indagar por la percepción de la comunidad con relación a la morbilidad en las mujeres, ellas refirieron:

Principalmente las enfermedades se relacionan con cuello uterino o matriz, transmisión sexual o parto mal llevado.

6. Situación de salud

6.2. Morbilidad en el Departamento del Vichada

El análisis de morbilidad en el departamento de Vichada incluyó la revisión de información de causas de hospitalización, consulta externa y urgencias de la ese Hospital Departamental San Juan de Dios, que opera principalmente en el municipio de Puerto Carreño. No fue posible contar con información de la ese existente en Cumaribo. Sin embargo se incluyen en este documento algunos de los datos de la RedSiama, en relación con las condiciones sentidas de salud de las mujeres indígenas de los cuatro sectores del Eje Orinoco - Gran Resguardo de la Selva de Matavén.

En Vichada la principal causa de consulta externa fue la hipertensión, en particular en mujeres mayores de 15 años (*Cuadro 13*). Llama la atención cómo la mayor proporción se presenta en mujeres jóvenes, lo que podría estar asociado con hábitos alimenticios.

La infección respiratoria aguda se ubicó en el tercer lugar de consulta para población general y el 58,7% de los casos se presentó en niños, niñas y adolescentes.

La infección de vías urinarias fue más común en mujeres de 15 a 44 años y posiblemente se encuentra relacionada con hábitos de higiene personal y autocuidado. En mujeres el principal motivo de consulta es el control prenatal, seguido por anticoncepción y enfermedad pélvica inflamatoria. En hombres se ubica en primer lugar la hipertensión, seguida por traumatismos e infección respiratoria aguda. Llamam la atención las marcadas diferencias en relación con la consulta para anticoncepción entre hombres y mujeres. Del total de consultas por esta causa el 97% fueron realizadas por mujeres y solo el 3% por hombres.

La consulta por urgencias en el departamento de Vichada se dio principalmente por trastornos en los tejidos blandos, gastroenteritis e infección respiratoria aguda para la población total y ambos sexos (*Cuadro 14*). La gastroenteritis puede estar relacionada con enfermedades transmitidas por alimentos, mala calidad del agua e inadecuados hábitos de higiene. La infección respiratoria aguda puede asociarse con la exposición a los cambios climáticos propios de la región.

Las causas de consulta por urgencia son, en su mayoría, prevenibles y no están relacionadas con urgencias vitales, sino con eventos que pueden ser atendidos por consulta externa, lo que puede asociarse a barreras de acceso de tipo geográfico o administrativas en el sistema de salud para la asignación de citas por consulta externa.

Cuadro 13. Primeras causas de consulta externa en el Vichada, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Hipertensión	747	26,3	798	11,5	1545	15,8
Control prenatal	0	0,0	1510	21,8	1510	15,4
Infección respiratoria aguda	532	18,7	610	8,8	1142	11,7
Dolor abdominal	325	11,4	721	10,4	1045	10,7
Anticoncepción	34	1,2	979	14,1	1013	10,4
Enfermedad pélvica inflamatoria	0	0,0	914	13,2	914	9,3
Traumatismos	611	21,5	293	4,2	904	9,2
Infecciones de piel	438	15,4	416	6,0	854	8,7
Enfermedades del sistema urinario	157	5,5	694	10,0	851	8,7
Total	2844		6935		9779	

Fuente: ese Hospital Departamental San Juan de Dios. Registros Individuales de Prestación de Servicios (rips).
Puerto Carreño: ese Hospital San Juan de Dios, oficina de estadística; 2012.

Cuadro 14. Primeras causas de consulta por urgencias en el Vichada, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Trastornos de tejidos blandos	443	27,9	241	16,2	684	22,2
Diarrea gastroenteritis de presunto origen	257	16,2	231	15,5	488	15,9
Infección respiratoria aguda	193	12,2	211	14,2	404	13,1
Dolor abdominal	187	11,8	174	11,7	361	11,7
Hipertensión	132	8,3	153	10,3	285	9,3
Asma	140	8,8	136	9,1	276	9,0
Enfermedades del sistema urinario	68	4,3	172	11,5	240	7,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	95	6,0	93	6,2	189	6,1
Dorsopatias	72	4,5	79	5,3	151	4,9
Total	1588	100	1490	100	3078	100,0

Fuente: ese Hospital Departamental San Juan de Dios. Registros Individuales de Prestación de Servicios (rips).
Puerto Carreño: ese Hospital San Juan de Dios, oficina de estadística; 2012.

6. Situación de salud

La principal causa de hospitalización en el Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, para ambos sexos, fue la fiebre, seguida de infecciones de la piel, traumatismos y neumonía. Estas causas pueden estar relacionadas con las condiciones ambientales y de saneamiento básico del departamento de Vichada. Llama la atención que las neumonías se presenten en el 94% de los casos en mujeres jóvenes (15 a 44 años), situación relacionada posiblemente con los roles asignados a la mujer, los cuales pueden ir en detrimento de su autocuidado.

En mujeres, el parto y sus complicaciones, seguido de la fiebre y neumonía, representan las principales causas de hospitalización y, en hombres, la fiebre, las infecciones de la piel y los traumatismos que representan un 50% en hombres jóvenes, lo que puede estar relacionado con el rol que ejercen en este departamento y las características del entorno (Cuadro 15).

Cuadro 15. Primeras causas de hospitalización en el Vichada, 2011.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Parto y complicaciones	0	0	350	45,2	350	27,2
Fiebre	223	43,6	149	19,2	372	28,9
Infecciones de piel y tejido subcutáneo	118	23,0	54	7,0	172	13,4
Traumatismos	85	16,6	17	2,2	102	7,9
Neumonía	1	0,2	90	11,6	91	7,1
Enfermedades de la apéndice	42	8,2	38	4,9	80	6,2
Enfermedades del sistema urinario	17	3,3	50	6,5	67	5,2
Diarrea y gastroenteritis	26	5,1	27	3,5	53	4,1
Total	512		775		1287	

Fuente: ESE Hospital Departamental San Juan de Dios. Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Puerto Carreño: ESE Hospital San Juan de Dios, oficina de estadística; 2012.

Con respecto a la morbilidad sentida, las mujeres indígenas de la Selva de Matavén, ubicada en el municipio de Cumaribo, consideran que sus problemas de salud son el conjunto de Las enfermedades físicas que padecen y las enfermedades sociales que afectan directa o indirectamente sus condiciones sanitarias. El listado de estas enfermedades se presenta en la Cuadro 16.⁽²⁵⁾

Cuadro 16. Enfermedades físicas y sociales referidas por mujeres indígenas de los cuatro sectores del Eje Orinoco - Gran Resguardo de la Selva de Matavén.

Enfermedades físicas	Enfermedades sociales
Muertes de niños por falta de medicina tradicional y medicina no-indígena.	Pérdida de conocimientos y prácticas tradicionales.
Cáncer de la matriz.	"No transmisión [sic] de los conocimientos ancestrales a los jóvenes".
Daños en la matriz por los intervalos intergenésicos tan cortos "tener hijos tan seguido".	Poca cantidad y baja calidad de los alimentos.
Infecciones de la matriz.	Escasos recursos económicos.
Gonorrea (ETS).	Salidas de las personas de las comunidades.
"Se baja la matriz" ^a .	Maltrato y conflictos al interior de la familia nuclear y la familia extensa.
Retención de la placenta.	Problemas entre los miembros de la comunidad.
Muertes de madres e hijos durante el parto.	Chismes.
Abortos.	Alto consumo de bebidas alcohólicas.
Cólicos menstruales.	Vicios (cigarrillo, oler gasolina y baile)
"Los senos se secan y no dan leche materna" ^b .	Gran cantidad de hijos.
Niños con peso bajo al nacer.	Separación de las parejas.
Dolores y complicaciones asociadas al parto.	Madresolterismo.
Dolores de espalda y musculares.	Ausencia de atención médica y odontológica.
Dolores abdominales.	
Hernias.	
Dolores de huesos.	
Problemas en las articulaciones, principalmente de las rodillas.	
Inflamación de las piernas.	
"Descuaje del estómago por sustos" en algunas mujeres mayores ^c .	
Dolor de dientes.	
Úlceras.	
Anemia.	
Paludismo.	
Gripa.	


6. Situación de salud

Continuación Cuadro 16.

Enfermedades físicas	Enfermedades sociales
Varicela.	
Tosferina.	
Vómito.	
Diarrea.	
Fiebres.	
Sarampión.	
Hepatitis.	
Apendicitis.	
Tuberculosis.	
Neumonía.	
Conjuntivitis.	
Amebiasis/parásitos.	
Hongos de la piel (sabañones) ^d .	
Infecciones de la piel por las picadas de los mosquitos.	
Picaduras de pitos.	
"Picapica" ^e (brote o salpullido en todo el cuerpo).	
Manchas en la piel.	
"Bolas o tumores que salen interna o externamente" ^f .	
Nacidos ^g (forúnculos)	
Problemas asociados a la visión. (Pérdida, "cataras", etc.)	
Problemas asociados al oído.	
Piojos.	
"Ataques" ^h .	
Problemas cardíacos en algunas mujeres ancianas.	
Picaduras de culebras, rayas y arañas.	
Enfermedades o problemas asociados al riñón.	

^a Expresión utilizada popularmente para el prolapso uterino, ^b Expresión popular, ^c Expresión popular asociada con múltiples síntomas abdominales, ^d Expresión popular usada en el contexto de enfermedades de la piel, en este contexto no hace referencia a la definición de sabañón como manifestación del frío excesivo, ^e Expresión popular para enfermedades de la piel que producen prurito, ^f Expresión popular, ^g Expresión popular para las infecciones de la piel que forman pus.

Fuente: Red de Salud Indígena de la Amazonía. Documento sobre las condiciones sentidas de salud de las mujeres indígenas de los cuatro sectores del Eje Orinoco - Gran Resguardo de la Selva de Matavén, 2005.



La Redsiamá – en el documento sobre las condiciones sentidas de salud de las mujeres indígenas de los cuatro sectores del Eje Orinoco, Gran Resguardo de la Selva de Matavén, que se ubica en el municipio de Cumaribo, Vichada – destaca los factores que influyen directa o indirectamente en las condiciones de salud de los pueblos indígenas. En este documento describen estos factores como: los relacionados con la pérdida de territorios tradicionales; cambios de patrones de asentamiento (sedentarismo); pérdida de conocimientos tradicionales sobre el uso y manejo de los diferentes ecosistemas y especies vegetales y animales existentes en la región (alteración de los patrones de subsistencia); cambios en las dietas alimentarias cotidianas; cambios estructurales en las relaciones de poder entre hombres y mujeres y sus roles; imposición de modelos de “lo femenino y masculino”; evangelización; imposición de sistemas y prácticas sanitarias ajenas al interior de las sociedades indígenas; quiebre de los sistemas tradicionales de redistribución de bienes y alimentos; debilitamiento de las reglas culturales de intercambio de mujeres o “matrimonio”; bonanzas extractivistas; migraciones a centros urbanos; delegación de la formación y educación de los niños y niñas o jóvenes indígenas a los profesores del Estado Nacional; dependencia económica y sanitaria a los sistemas impuestos por los no-indígenas; imposición de modelos de desarrollo; presencia esporádica de miembros de las Fuerzas Armadas de Colombia y las farc; presencia esporádica de traficantes de combustibles, narcóticos, insumos para la elaboración de sustancias ilegales y armas; y escasa o nula presencia estatal en la región.⁽²⁵⁾

6.3. Mortalidad

Las primeras causas de mortalidad en el departamento del Vaupés son las enfermedades respiratorias, las infecciosas intestinales, las lesiones autoinfligidas, las enfermedades isquémicas del corazón y las muertes por ahogamiento y sumersión accidentales (*Cuadros 17 y 18*). Estas cinco causas se presentaron en mayor proporción en hombres que en mujeres. Es preocupante que las principales causas de muerte en este departamento podrían ser, en su mayoría, detectables y prevenibles. Estas condiciones pueden relacionarse con una respuesta inadecuada del sistema de salud y denotan una grave problemática en la garantía de la salud y la calidad de vida para estas poblaciones.

La única causa en que las mujeres tienen una mayor incidencia con respecto a los hombres, está relacionada con deficiencias y anemias nutricionales, lo que puede significar una profunda inequidad por género, en la que las mujeres, especialmente las mayores de 65 años, no acceden a una alimentación adecuada.

Llama la atención la alta presencia en el departamento del Vaupés de eventos relacionados con accidentes, lesiones intencionales y autoinfligidas, principalmente en la población masculina, posiblemente asociados a una cultura machista.

6. Situación de salud

Cuadro 17. Causas de mortalidad departamento del Vaupés, 2010.

Causa	Total		Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Enfermedades infecciosas intestinales	40	31	24	29	16	34
Ahogamiento y sumersión accidentales	10	8	9	11	1	2
Infecciones respiratorias agudas	6	5	3	4	3	6
Enfermedades cerebrovasculares	6	5	4	5	2	4
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	5	4	2	2	3	6
Lesiones autoinfligidas intenc. (Suicidios), incl.	5	4	4	5	1	2
Otras enf. Sistema digestivo	5	4	3	4	2	4
Eventos de intención no determinada, incl. Secuelas	4	3	2	2	2	4
Apendicitis, hernia, cavidad abdominal y obstr. Intestinal	4	3	2	2	2	4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4	3	3	4	1	2
Otras causas	40	31	26	32	14	30
Total	129		82		47	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>; 2012.

Cuadro 18. Causas de mortalidad departamento del Vaupés, 2011.

Causa	Total		Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Infecciones respiratorias agudas	13	12	9	13	4	10
Enfermedades infecciosas intestinales	9	8	7	10	2	5
Lesiones autoinfligidas intenc. (Suicidios), incl. Secuelas	8	7	5	7	3	7
Enfermedades isquémicas del corazón	7	6	6	9	1	2
Ahogamiento y sumersión accidentales	7	6	5	7	2	5
Otros accidentes, inclusive secuelas	5	5	4	6	1	2
Eventos de intención no determinada, incl. Secuelas	5	5	5	7	0	0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	5	5	1	1	4	10
Trast. Respiratorios específicos del periodo perinatal	4	4	3	4	1	2
Enfermedades sistema urinario	4	4	3	4	1	2
Resto de causas	44	40	22	31	22	54
Total	111		70		41	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>; 2012.

En el departamento de Vichada, las primeras causas de muerte (Cuadros 19 y 20) están relacionadas con enfermedades isquémicas del corazón, deficiencias y anemias nutricionales (afecta especialmente al grupo menor de 5 años), agresiones y enfermedades cerebrovasculares. Mujeres y hombres registran mortalidad por enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión respectivamente).

Se observa un número importante de muertes en la población masculina (entre 15 y 44 años), relacionada con lesiones autoinfligidas, intencionales y accidentes.

Cuadro 19. Causas de mortalidad Departamento de Vichada, 2010.

Causa	Total		Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	18	11	8	7	10	18
Enfermedades isquémicas del corazón	16	10	9	8	7	12
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	15	9	12	11	3	5
Otras enf. sistema digestivo	8	5	6	5	2	4
Eventos de intención no determinada, incl. Secuelas	7	4	6	5	1	2
Malformaciones congen. Deform. Y anomalías cromosómicas	7	4	5	5	2	4
Infecciones respiratorias agudas	6	4	5	5	1	2
Enfermedades hipertensivas	6	4	6	5	0	0
Enfermedades cerebrovasculares	6	4	2	2	4	7
Resto de causas	79	47	52	47	27	47
Total	168		111		57	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas Vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones;2012>.

6.4. Discapacidad

El dane estimó, de acuerdo a los resultados del censo 2005, para el Vaupés, una prevalencia de discapacidad del 7%, es decir que 2.967 personas. En el Vichada, la prevalencia estimada es de 5,21%, lo que representa un total de 3.486 personas. La prevalencia del Vaupés es superior a la registrada para el país que es del 6,3%.⁽²⁶⁾

6. Situación de salud

Cuadro 20. Causas de mortalidad departamento de Vichada, 2011.

Causa	Total		Hombres		Mujeres		Indeter.	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Enfermedades isquémicas del corazón	14	11	11	13	3	6	0	0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	12	9	7	8	5	10	0	0
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	10	8	7	8	1	2	2	100
Enfermedades cerebrovasculares	6	5	3	4	3	6	0	0
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	8	6	6	7	2	4	0	0
Malformaciones congen. Deform. Y anomalías cromosómicas	5	4	2	2	3	6	0	0
Otros accidentes, inclusive secuelas	4	3	2	2	2	4	0	0
Infecciones respiratorias agudas	4	3	2	2	2	4	0	0
Diabetes mellitus	4	3	1	1	3	6	0	0
Resto de causas	66	50	42	51	24	50	0	0
Total	133		83		48		2	

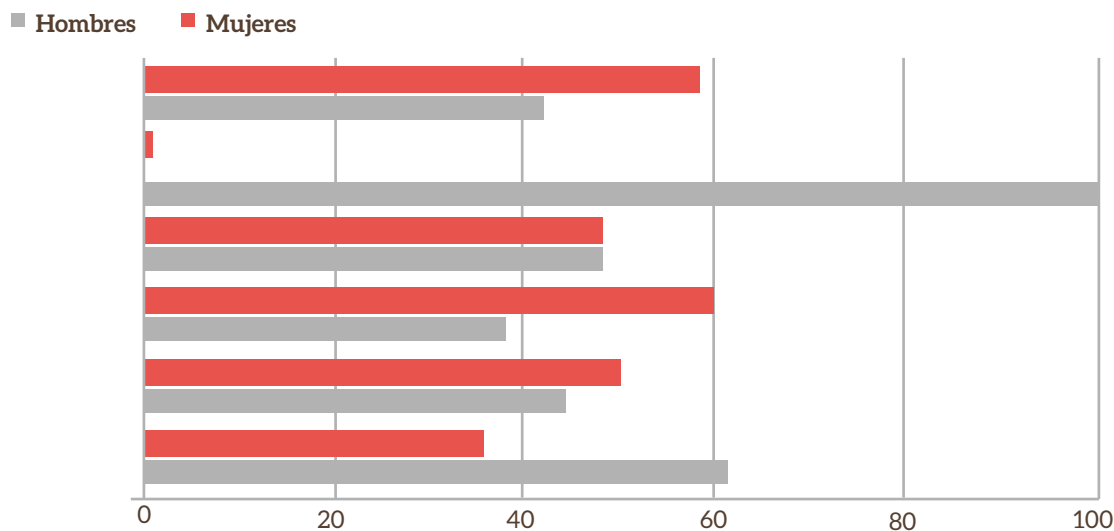
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones:2012>.

Del total de personas con discapacidad que habitan en el Vaupés, se ha logrado aplicar el registro nacional para la localización y caracterización de personas con esta condición únicamente a 221 personas que corresponde al 7% de esta población. El análisis de los resultados de este registro mostró que el 57% de las personas con discapacidad son hombres y el 43% mujeres.

El 68% de la población con discapacidad registrada habita en la cabecera municipal, el 29% en centros poblados y el 3% en el área rural dispersa. El municipio con mayor proporción de personas con discapacidad registrada es Mitú (67,4%), seguido por Yavaraté (10%), Pacoa (8,1%), Taraira (8,1%), Carurú (5,9%) y Papunahua (0,5%).

Al analizar la distribución por municipio y sexo (Figura 7), en Yavaraté, Pacoa y Carurú es mayor la proporción de mujeres con discapacidad, mientras que en Papunahua y Mitú se invierte esta situación.

Figura 7. Porcentaje de personas con discapacidad según sexo y municipio, Vaupés, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Discapacidad, Información estadística [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad>.

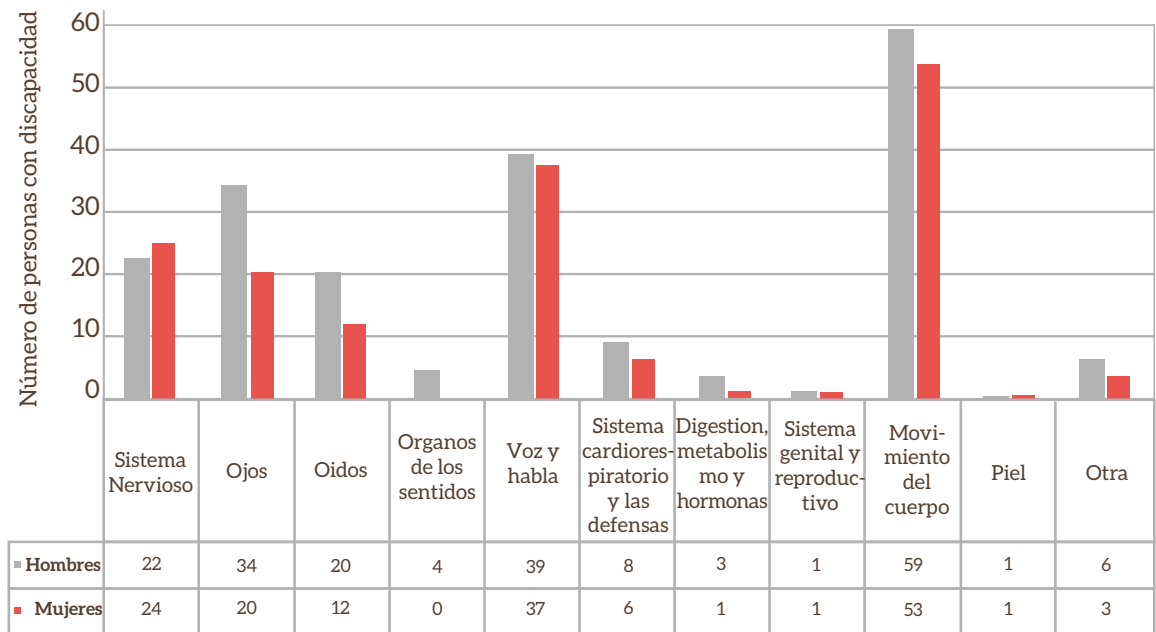
La distribución de deficiencias o alteraciones en órganos o estructuras corporales según sexo en el Vaupés, (Figura 8) muestra que las mujeres son más afectadas por alteraciones del sistema nervioso y los hombres por alteraciones en ojos, oídos y órganos de los sentidos. Las alteraciones en voz y habla, sistema cardiorrespiratorio, piel y movimiento tuvieron una distribución similar en ambos sexos.

El origen de la discapacidad en las mujeres estuvo dado por los accidentes (13%), otras causas (13%), enfermedad general (11%), condiciones de salud de la madre durante el embarazo (10%), alteraciones genéticas y hereditarias (9%) y dificultades en la prestación de servicios de salud (7%). En los hombres se registró en primer lugar las otras causas (13%), accidentes (11%), alteraciones genéticas (9%), enfermedad general (9%) y dificultades en la prestación del servicio de salud (9%). En el 37% de los casos, no se conoce cuál es el origen de la misma.

De acuerdo con lo planteado por la Secretaría Departamental de Salud del Vaupés, es importante dimensionar y analizar dentro de la perspectiva cultural de la población del Vaupés, en su mayoría indígena, la asimilación de la discapacidad en el interior de los pueblos, de igual manera hace énfasis en las complicaciones que atañen al cuidado de un niño con discapacidad, si se tiene en cuenta que el trabajo de la mujer se multiplica al tener

6. Situación de salud

Figura 8. Número de personas con discapacidad según deficiencias, Vaupés, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Discapacidad, Información estadística [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad>.

a cargo la alimentación de la familia, el trabajo de la chagra y el cuidado de los menores, así como las condiciones del medio en donde se desenvuelven y las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud.

A veces uno encuentra historias por ejemplo que los niños que nacían con deformidad hace muchísimos años, ellos los enterraban porque eso condenaba a la mujer [...] son muchas cosas y la mujer carga con un peso muy grande. (entrevista profesional de la salud, sds)

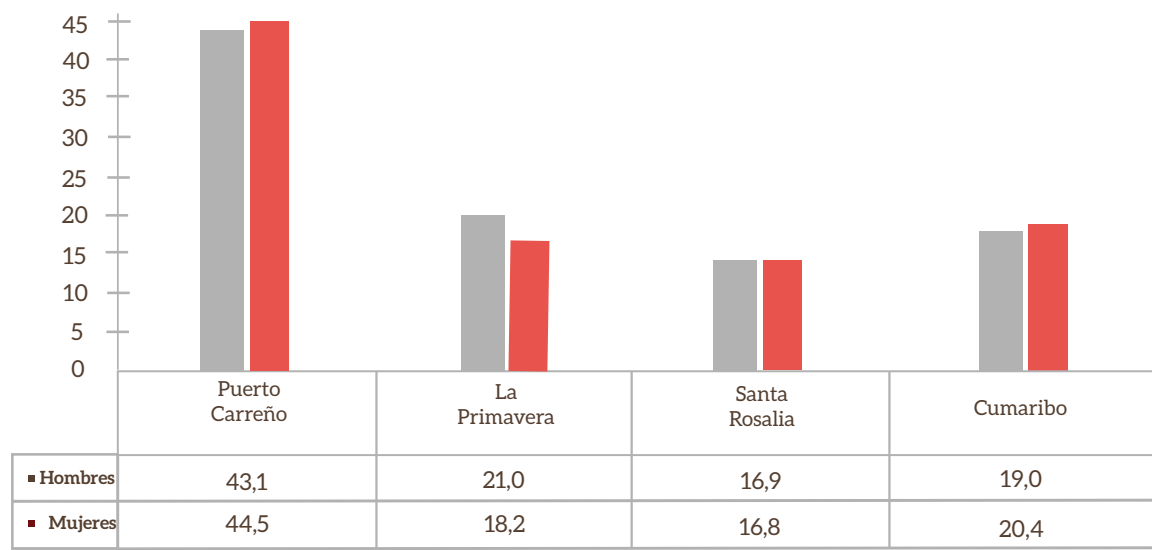
En las comunidades indígenas cada individuo es responsable de su bienestar, todos los miembros deben aportar para la supervivencia de la familia y cada miembro ejecuta una labor.

Quien ya no es productivo, ya no sirve en la comunidad [...] las personas mayores por lo general se quedan solas, incluso si viven en la misma comunidad los sacan para que vivan aparte, ellos no se responsabilizan [...] Se evidencia en esta población muchas enfermedades causadas por descuido. (Entrevista profesional de la salud, sds)

La Secretaría Departamental de Salud del Vaupés considera que la rehabilitación de las personas con algún tipo de discapacidad es la principal estrategia para asegurar que esta población supere y se adapte a su discapacidad, y esta no se convierta en una limitante para el acceso a la sociedad.

Según lo expuesto en el Plan de Desarrollo Departamental del Vaupés, 90 familias se han organizado en la Asociación de Familias con Discapacitados de Vaupés (afacdisva), que tiene como objetivo trabajar por la conservación de los derechos de las personas en y con situación de discapacidad. Los integrantes son indígenas con denominadores comunes: la pobreza extrema y la exclusión social a la que están condenados por la falta de oportunidades. Esto

Figura 9. Porcentaje de personas con discapacidad según sexo y municipio, Vichada, 2012.

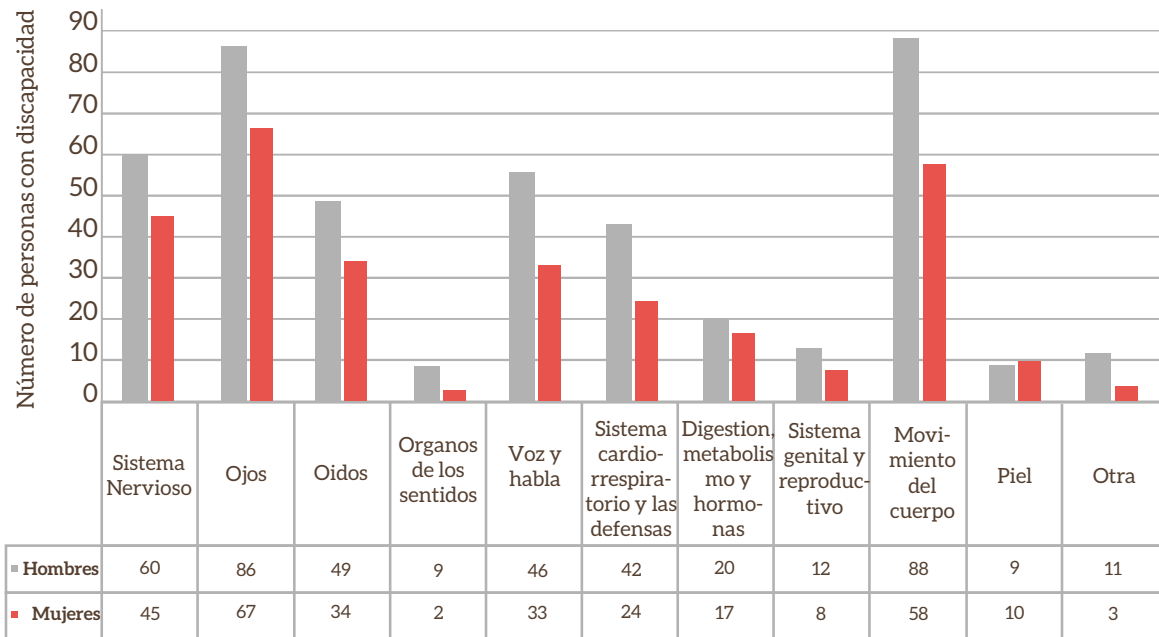


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012 Discapacidad, Información estadística [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad>.

6. Situación de salud

crea altas tasas de privaciones como la inseguridad alimentaria; condiciones deficientes de vivienda; falta de acceso a agua potable y salubridad; acceso deficiente a la atención de salud y educación; desatención en la recreación, deporte, aprovechamiento de tiempo libre y expresiones culturales. La inaccesibilidad se presenta de distintas formas, incluso en las barreras arquitectónicas de los diferentes espacios tanto públicos como privados.

Figura 10. Número de personas con discapacidad según deficiencias, Vichada, 2012.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Discapacidad. Información estadística [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad>.

En el Vichada, del total de población con discapacidad estimada por el DANE, se ha localizado y caracterizado solo a 332 personas (10% del total estimado). El 59% son hombres y el 41% mujeres. El 92% habita en la zona urbana y el 8% en el área rural. El municipio con mayor proporción de personas con discapacidad es Puerto Carreño (Figura 9). En los municipios de Puerto Carreño y Cumaribo la mayor proporción de personas con discapacidad son mujeres, mientras que en la Primavera y Santa Rosalía son hombres. ⁽²⁶⁾

Las principales deficiencias o alteraciones observadas en el departamento de Vichada se relacionan con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, los ojos y el sistema

nervioso (Figura 10). Todas las deficiencias, a excepción de las de piel, se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

El Plan de Desarrollo del Departamento del Vichada refiere que culturalmente se ha visto a la persona con discapacidad, como un ser que no le aporta a la sociedad, las familias prefieren esconder a esta persona. De igual manera se expone que dentro de las tradiciones de la población indígena, una persona que nace con alguna discapacidad es marginada por el grupo y en algunos casos (dependiendo del tipo de discapacidad, prefieren que muera). Se propone para superar estas formas de marginalidad y exclusión social diseñar e implementar una política pública en el nivel Departamental.

6.5. Características de los Servicios de Salud

6.5.1. Servicios de Salud en el Vaupés

Según las entrevistas a profesionales de desarrollo de servicios de la Secretaría de Salud del Vaupés:

El departamento del Vaupés cuenta con la ese Hospital San Antonio, que presta servicio a todo el departamento. Aunque esta ese es de segundo nivel, principalmente presta servicios de primer nivel, dado que existe dificultad para la contratación de los especialistas por el salario ofrecido y el acceso al departamento desde otras partes del país, que es únicamente por vía aérea. [...]. La ese cuenta con un ginecólogo, sin embargo para la atención por otros especialistas se hacen brigadas tres veces al año, con participación de ortopedia, oftalmología, cirugía, anestesiología, neurología, medicina interna, urología, pediatría, dermatología y optometría (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de desarrollo de servicios). [...] Para la referencia de los pacientes desde el área rural se establece comunicación por radioteléfono, esta comunicación se establece con los auxiliares o promotores de las ese quienes están en los corregimientos. [...] Estos promotores son indígenas que fueron formados como auxiliares de enfermería, el 90% de ellos son hombres en situación relacionada con la cultura indígena en donde el hombre es el que debe capacitarse. En este momento se ha evidenciado que el hecho que sean hombres es una barrera para la atención de mujeres indígenas dado que su cultura no les permite que las valore un hombre. La Secretaría Departamental de Salud traslada a los enfermos por vía aérea, incluso hay comunidades en que además se debe llegar por vía fluvial o terrestre, caminando cerca de 6 horas. (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de Desarrollo de servicios).

6. Situación de salud

El transporte aéreo es costoso y por vía fluvial el galón de combustible cuesta casi \$16.000 COP (\$8,50 dólares estadounidenses, aproximadamente) (90% más costoso que el precio promedio Nacional). (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de desarrollo de servicios).

En la red interdepartamental se cuenta con atención en Villavicencio (Hospital Departamental) y Granada (Meta), allí se cuenta con dos albergues: Enlaces y Maloka. En Bogotá, brinda atención el Hospital el Tunal y allá se tienen los albergues hogares de paso La Maloka y Adas. (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de desarrollo de servicios).

Para el transporte por vía aérea dentro del departamento se cuenta con la empresa aral (Empresa de Aerolíneas Llaneras) con avionetas de 300 y 500 kilos. Dependiendo de la remisión el enfermo es acompañado por enfermero, también se solicita un acompañante. (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de desarrollo de servicios).

Para el transporte aéreo fuera del departamento la aerolínea Satena transporta pacientes únicamente para consulta externa especializada. Se han realizado dos convocatorias para la contratación de transporte aéreo medicalizado pero han sido declaradas desiertas. Para el transporte de urgencias se afrontan problemas relacionados con los altos costos, la ausencia de avioneta o en su defecto que no haya piloto. (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Entrevista a profesional de desarrollo de servicios).

Con relación a la oferta de prestadores, el municipio de Mitú cuenta con una ips privada: Vaupés Sano (que está habilitada). La ese Hospital San Antonio cuenta con centros de salud en los municipios de Carurú y Taraira pero no está habilitado para todos los servicios.

La percepción de la comunidad con relación al funcionamiento del sistema de salud en el departamento es la siguiente:

La salud, pésima, cada día para atrás, no hay prioridades, no hay nada, no hay médicos especialistas [...] mandan a los pacientes a Villavicencio, luego a un albergue y llegan en un cajón [...]. El trato no es adecuado, nos enfrentamos a diferentes culturas, va una señora indígena que no sabe hablar castellano y si no entiende lo que hacen es gritarla [sic], no hay calidez, no la orientan, la atienden como cualquier paciente, sobre todo en consulta médica de urgencias y consultas diarias no los orientan [...] Hay veces que los diagnósticos son errados [...]. Anteriormente habían [sic] equipos extramurales pero por factor económico no funcionan [...] la gente bien enferma allá

y no existen promotores [...] se mueren por falta de atención, porque el avión no llega o llega tarde, por tramites [...] se han muerto niños y mujeres por picadura [sic] de culebra. [...] Los albergues están ubicados en Villavicencio y Bogotá, se enferman los indígenas por diversos factores entre ellos el cambio de comida, el clima y el trato. A nivel de país la salud está deteriorada pero localmente tampoco se hace un esfuerzo [...] debería hacerse una etnosalud. (Entrevista a representante de organización de mujeres, Vaupés).

6.5.2. Servicios de Salud en el Vichada

El departamento de Vichada cuenta con una ESE departamental de segundo nivel de atención: el Hospital San Juan de Dios, ubicado en el municipio de Puerto Carreño y una ESE de primer nivel de atención: Nuestra Señora del Carmen, ubicada en el municipio de Cumaribo. La ESE Nuestra Señora del Carmen cuenta con centros de salud localizados en Santa Rita, Sejal y Guerima.

Existe una necesidad sentida de la población indígena del departamento relacionada con la implementación de un modelo de salud intercultural, adaptado a sus necesidades. En el informe del proceso de capacitación de mujeres indígenas como auxiliares de la Unidad de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino, realizado por el Hospital San Juan de Dios se encontró lo siguiente:

Algunas mujeres se rehúsan a acceder a los servicios de salud por que no tienen confianza con el personal que realiza la toma de los exámenes, además de no entender sus explicaciones ya que se realizan en español. Las mujeres temen ser juzgadas o regañadas por el personal médico que las atiende. En las comunidades en las cuales hay auxiliares de enfermería, promotores o agentes de salud, las mujeres difícilmente acuden a consultar dolencias relacionadas con su salud sexual y reproductiva debido a que estos trabajadores de la salud son hombres y familiares (padres, hermanos, tíos, sobrinos, hijos) lo que genera pena y temor. Durante algunas comisiones médicas las mujeres se han realizado la citología pero nunca han conocido los resultados. Muchas mujeres mencionan que en sus comunidades nunca se han realizado campañas para la toma de citologías y por costos y distancias les queda imposible desplazarse a los centros médicos para realizarse los exámenes. Algunas mujeres desconocen la existencia de enfermedades de su aparato reproductor femenino, que diagnosticadas a tiempo pueden ser curadas, etc.⁽²⁷⁾

En este trabajo se enfatiza en la necesidad de reactivar las relaciones de confianza entre la comunidad indígena y el personal que labora en las ESE, ya que se tiene la idea que “cuando se acude a estas instituciones, las personas regresan muertas a sus comunidades”. Además es necesario promover la carnetización que los acredite como afiliados al sistema de salud para evitar las dificultades asociadas con la falta de este documento.⁽²⁷⁾

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina



En el año 2010 los representantes de los países miembros de la ops/oms y la Secretaría General de la Comunidad Andina acordaron promover el desarrollo de indicadores estadísticos en Salud y Género para la región Andina e integrarlos al Sistema de Indicadores Sociales de la Comunidad Andina (siscan).⁽²⁾ A continuación se presenta el análisis de estos indicadores (ocho) para los departamentos de Vaupés y Vichada. En el Anexo 3 se presenta un resumen del comportamiento de estos indicadores para los Departamentos de Vaupés y Vichada comparados con Colombia.

7.1. Porcentaje de adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ends) del 2010, el 22,3% de las adolescentes del departamento del Vaupés y el 31,3% de las mujeres del departamento de Vichada son madres o han estado alguna vez embarazadas, esta cifra es superior a la del país (19,5%).

En el año 2010, ocurrieron 614 nacimientos en el departamento del Vaupés. El 20,3% de estos nacimientos en menores de 19 años (1% en mujeres de 10 a 14 años y 19,3% en mujeres de 15 a 19 años). En el departamento de Vichada, para ese mismo año, se presentaron 825 nacimientos, el 25,1%, en mujeres de 10 a 19 años; el 1,5% en mujeres de 10 a 14 años y 23,6% en mujeres de 15 a 19 años. La proporción de embarazo en adolescentes en estos dos departamentos fue similar a la del país, en donde según el dane, el 23% de los nacimientos ocurrió en mujeres de 10 a 19 años.⁽²⁸⁾

El 71% de las madres adolescentes del Vaupés residía en el municipio de Mitú; el 11% en Carurú, el 9% en Taraira, el 5% en Pacoa, el 2% en Yavaraté y el 1% en Papunahua; en el 2% no se contó con información.⁽²⁸⁾ En el Vichada el 45% de las madres adolescentes residía en Puerto Carreño, el 27% en Cumaribo, el 20% en La Primavera y el 6% en Santa Rosalía; en el 1% de los casos no se contó con información.

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

En el departamento del Vaupés, el 55% de las adolescentes tuvieron parto institucional y el 21% asistieron como mínimo a cuatro controles prenatales, el 76% manifestó que era su primer embarazo, el 20% dijo que era su segundo embarazo y el 4% refirió haber tenido tres o más embarazos.⁽⁸⁾

En el Vichada no se dispone de esta información.

7.2. Porcentaje de mujeres en edad fértil, en unión, que usan en la actualidad métodos anticonceptivos modernos

Según la ends 2010, el departamento del Vaupés presenta la proporción más baja del país en uso de métodos anticonceptivos (modernos y tradicionales) en mujeres en unión conyugal con 59,3%. En el Vichada esta proporción es de 76%, inferior a la de Colombia que es de 79%.⁽¹⁹⁾

El 47% de las mujeres encuestadas en el Vaupés (figura 11) refirió usar métodos modernos, el 12% métodos tradicionales y el 40,7% no usar ningún método. En Vichada el 72,2% de las mujeres encuestadas manifestó usar métodos modernos, el 3,8% métodos tradicionales y el 24% ningún método.⁽¹⁹⁾

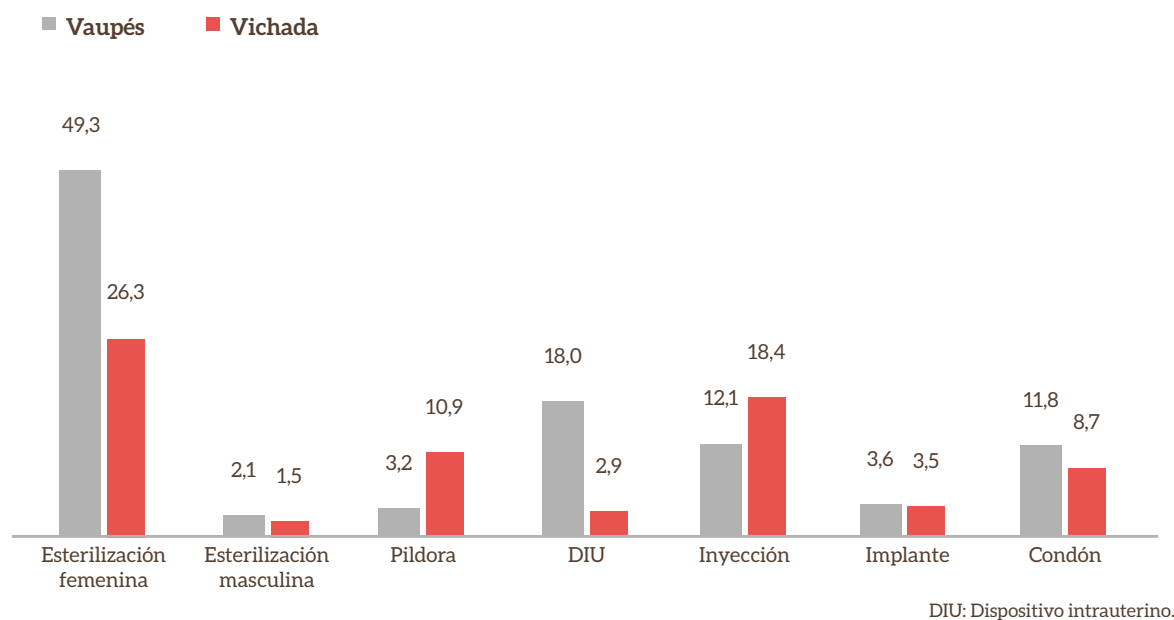
Según datos de esta misma encuesta, en Colombia el 72,9% de las mujeres reportó usar métodos modernos (comportamiento similar al de Vichada), el 6,1% métodos tradicionales y el 20,9% ningún método.⁽¹⁹⁾

La mayoría de las mujeres que usan métodos contraceptivos encuestadas en el Vaupés refirió haberse realizado la esterilización femenina, seguida por el uso del dispositivo intrauterino, la inyección y el condón. En el Vichada las mujeres usaron en mayor proporción la esterilización femenina, seguida de la inyección y la píldora. En ambos departamentos se observó una baja proporción de esterilización masculina (2,1% en el Vaupés y 1,5% en el Vichada), tres veces menor a la registrada para el país.⁽¹⁹⁾

El diagnóstico departamental de salud del Vaupés, durante el año 2010, identificó 258 mujeres (3% de las mujeres en edad fértil del departamento) que solicitaron el servicio de planificación familiar en la ese Hospital San Antonio de Mitú y en la ips Vaupés Sano, en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado.

A diferencia de lo registrado por la ends, la mayor proporción de mujeres del Vaupés que asistieron a consulta de planificación en el 2010, se decidieron por el uso del dispositivo

Figura 11. Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en unión conyugal, 2010.



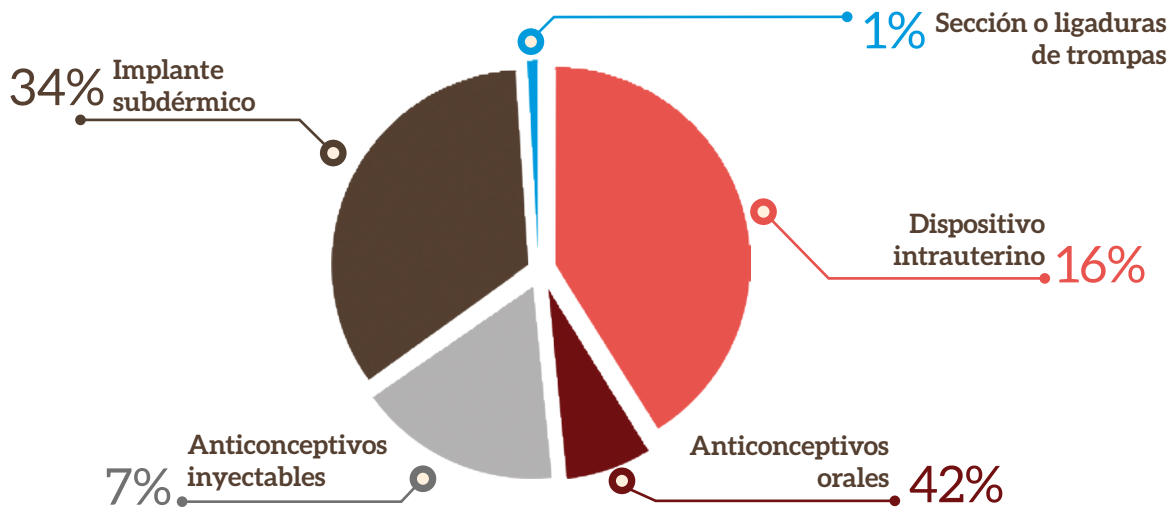
Fuente: Asociación Probienestar de la familia colombiana (Profamilia) Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

intrauterino, seguido por el implante subdérmico (método introducido en el año 2010 al departamento) y los anticonceptivos inyectables y orales. Una proporción muy baja de mujeres optaron por la ligadura de trompas (Figura 12). En ese año, el 100% de personas que asistieron al servicio de planificación familiar fueron mujeres.

En el Vichada según datos del Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, durante el año 2011, asistieron 510 mujeres en edad reproductiva a consulta de planificación familiar (3,3% del total de mujeres entre 15 y 49 años del departamento). El 83% de estas mujeres pertenecía al régimen subsidiado, el 11,5% al contributivo y el 12,5% eran vinculadas. El 5,1% de estas mujeres se encontraban en situación de desplazamiento, el 46,4% optó por el uso de anticonceptivos orales, el 40,3% por anticonceptivos inyectables, el 8% por métodos definitivos, el 4,5% por otros métodos y el 0,3% por dispositivo intrauterino.

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

Figura 12. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados, departamento del Vaupés, 2010.



Fuente: Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010.
Mítú: Gobernación del Vaupés, Secretaría de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.

7.3. Casos nuevos de infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (vih) registrados

Para el periodo 2007 - 2010 se registraron en el departamento del Vaupés 12 casos de vih, de los cuales dos fallecieron. Tres casos se registraron en gestantes (un caso en el 2009 y dos casos en el 2010). La prevalencia de vih en población de 15 a 49 años en el departamento es de 0,04%, inferior a la registrada para el país de 0,7%. El 64% de los casos registrados se presentaron en población indígena, el 27% en población mestiza y el 9% en otros.⁽⁹⁾ Uno de los casos de vih de transmisión vertical fue diagnosticado tardíamente (40 semanas de gestación), esta mujer inició tratamiento antirretroviral en el posparto.⁽⁹⁾ La Secretaría Departamental de Salud del Vaupés, llama la atención en:

La no adopción por parte de la población indígena del uso del preservativo y el aumento paulatino de población militar en las áreas urbanas del departamento y algunos centros poblados - por ser un área considerada roja en términos de conflicto armado - población en constante cambio y movilización intra e interdepartamental, situación que se ha ligado con comportamientos de riesgo entre los dos grupos poblacionales (militares e indígenas).⁽⁹⁾

En el departamento de Vichada se confirmaron para el periodo 2009 – 2012 (primer semestre) un total de siete casos de vih. En el año 2009 se diagnosticaron tres casos (dos hombres y una mujer) con edades entre los 26 y los 31 años, dos de los casos eran residentes de Puerto Carreño y uno de La Primavera. La prevalencia de vih en 2009 se calculó en 1,61 casos por cien mil habitantes⁽⁴⁵⁾. En el año 2010 se diagnosticaron dos casos en población menor de 25 años, ambos residentes en Puerto Carreño. Para el año 2011 el reporte es de 0 casos y para el año 2012 (enero a junio) se han diagnosticado dos casos, de sexo masculino, de 38 y 41 años de edad, ambos procedentes de Puerto Carreño.

Es importante tener en cuenta que la ausencia de casos nuevos de vih o la baja prevalencia posiblemente se asocia con el subregistro o a las barreras de acceso para el diagnóstico.

En la ends 2010 se reportó que el 81,9% de las mujeres encuestadas en el Vaupés y el 86,8% de las mujeres encuestadas en el Vichada han escuchado sobre el vih/sida. Al indagar por el conocimiento de formas para evitar el contagio, en el departamento del Vaupés el 63,8% de las mujeres refirió usar el condón cada vez que tienen relaciones sexuales, el 60,5% reporta que solo tiene sexo con pareja, el 49,5% reporta que usa condón y tiene una sola pareja fiel y el 40,3% refiere no tener relaciones sexuales.⁽¹⁹⁾ En el Vichada, con relación al conocimiento de formas para evitar el contagio, el 71% de las mujeres manifestó el uso del condón, el 65,4% tener sexo con una sola pareja fiel, el 55,5% usar condones y tener sexo con una sola pareja fiel y el 64,9% no tener relaciones sexuales.

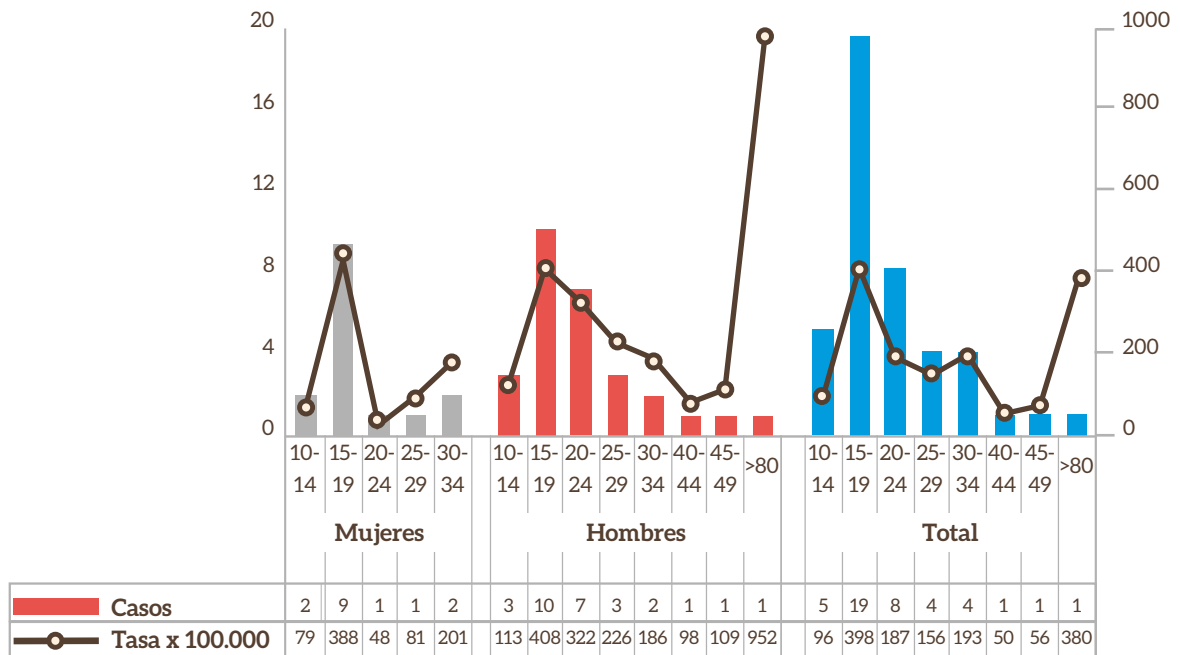
7.4. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente

Para el periodo 2008 – 2010 se registraron en el departamento del Vaupés un total de 43 casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente (*Figura 13*), la mayor proporción de casos se presentó en el año 2009. El 65% de los suicidios ocurrió en hombres y el 35% en mujeres.⁽⁸⁾ Según el Diagnóstico de Salud mental del departamento, el 44% de los casos se presentaron en jóvenes entre los 15 y 19 años, seguidos del grupo entre los 20 y 24 años. Por tasa de incidencia, los grupos de mayor riesgo para el evento son los jóvenes de 15 a 19 años (tasa de 398 por 100.000 habitantes) y los adultos mayores de 80 años (tasa de 380 por 100.000 habitantes).

Para los años 2008 y 2009 más del 50% de los casos ocurridos se presentaron en la zona urbana del municipio de Mitú, mientras que para el año 2010 se presentó un cambio en este comportamiento, el 91% ocurrió en el área rural.⁽⁸⁾ El programa de salud mental de la Secretaría Departamental de Salud refiere que esta transición en el comportamiento del suicidio según el área de ocurrencia, refleja los retos constantes a los que se enfrenta la población indígena, incluyendo la transculturación.⁽⁸⁾

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

Figura 13. Casos y tasas de suicidios según sexo y grupo etario en Vaupés, 2008-2010.



Fuente: Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010.
Mitu: Gobernación del Vaupés, Secretaria de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.

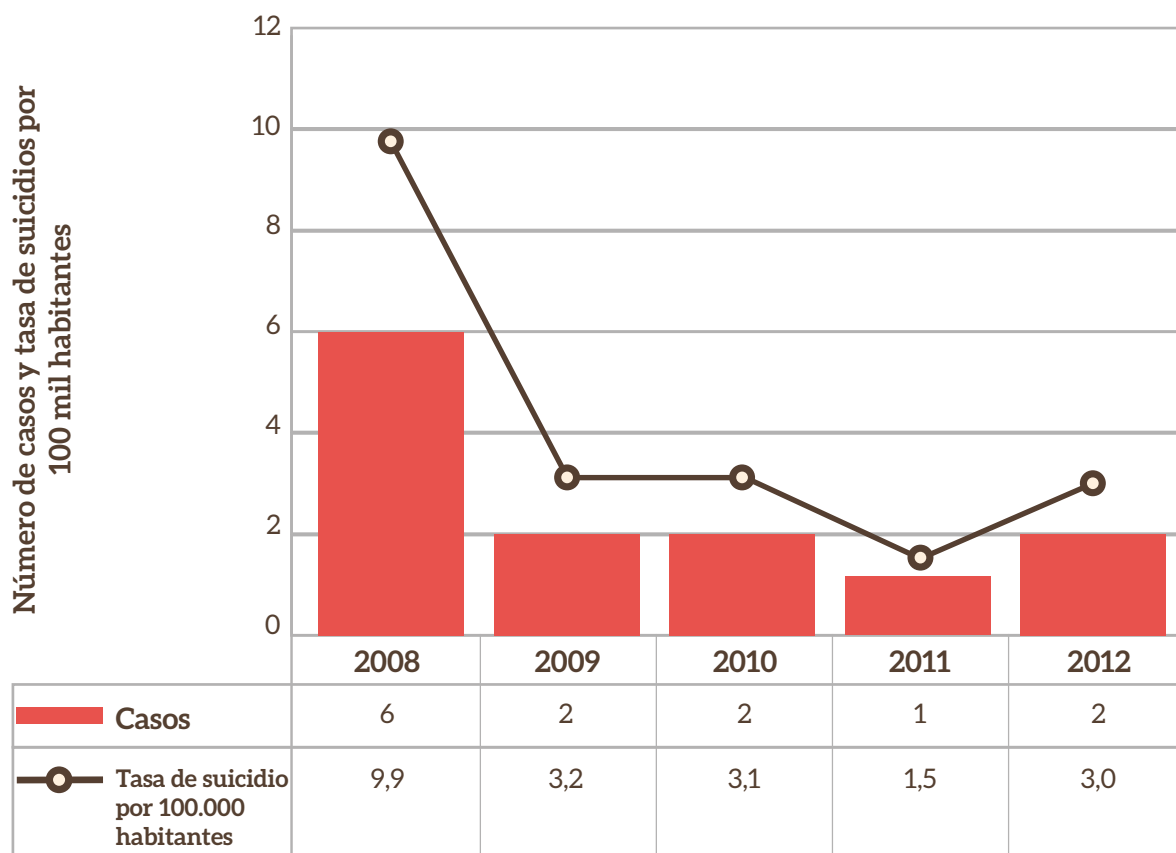
La tasa de incidencia de suicidios es dos veces mayor en hombres que en mujeres, siendo de 132 por 100.000 en hombres y de 74 por 100.000 en mujeres.

En relación con las altas tasas de suicidio en niños y jóvenes indígenas la comunidad refiere:

Los niños indígenas no tienen afianzados sus principios y el indígena llega y se urbaniza y empieza a exigirle a sus padres computador, ropa de marca [...] en las comunidades no hay necesidades, se tiene lo básico. Los niños se empiezan a deprimir cuando sus padres no les dan esto, también en los albergues empiezan a aguantar hambre, empieza a haber una discriminación y llega a una depresión, llegan a la conclusión de que no tienen nada y unos se vuelven vándalos, borrachines o se suicidan [...] el alcoholismo es grave en las comunidades, el indígena antiguamente utilizaba la chicha para los rituales pero ahora los niños de las comunidades indígenas ya toman y vienen acá y quieren hacer lo mismo con el alcohol. (Entrevista a un representante de organización social del Vaupés).

Durante el periodo 2008 - 2012 (primer semestre) han ocurrido 13 casos de suicidio en el departamento de Vichada (Figura 14). La tasa de mortalidad por suicidio ha estado entre 9,9 y

Figura 14. Casos y tasa de incidencia de los casos de suicidio, durante el período 2008-2012, departamento de Vichada.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas Vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones; 2012>.

3,2 suicidios por cien mil habitantes. El 84,6% de los casos de suicidio se presentó en hombres y el 46% de los casos ocurrió en Puerto Carreño, el 23% en La Primavera, el 15% en Cumaribo y el 15% en Santa Rosalía. Durante el primer semestre del año 2012 se presentaron dos casos de suicidio en hombres, ambos procedentes de Santa Rosalía.

7.5. Porcentaje de violencia intrafamiliar (vif) contra las mujeres, según el tipo de violencia

Según registros del programa de salud sexual y reproductiva del departamento del Vaupés, durante el año 2010 se registraron 28 casos de violencia intrafamiliar. En el 86% de los casos

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

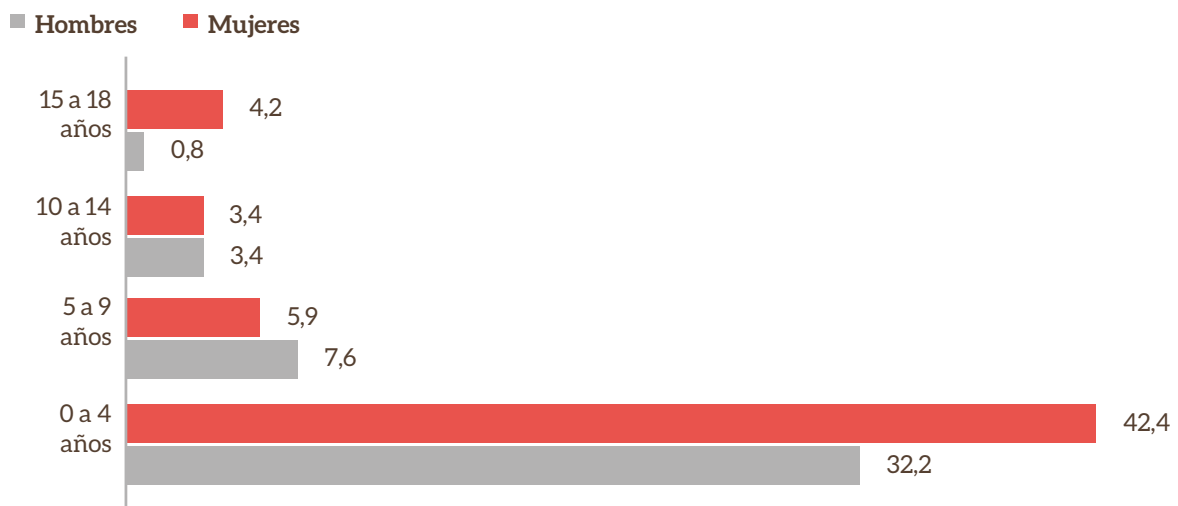
se presentó violencia física, en el 7% violencia verbal y en el 7% abuso sexual. En el 93% de los casos las víctimas fueron mujeres y en el 7% hombres. La mayoría de los casos la violencia doméstica se vinculó directamente con el alcohol, la residencia en asentamientos marginales o pertenecer a un bajo estatus social.⁽⁹⁾

Con respecto al delito sexual, en el periodo 2006 – 2010 se realizaron 62 exámenes sexológicos por parte de la ese: Hospital San Antonio; el 92% de los casos en mujeres, en su mayoría de 5 a 14 años, y se reportó un caso en una niña de 18 meses. La Secretaría Departamental de Salud identifica a la mujer y a los menores de 15 años como la población más susceptible y vulnerable para este tipo de violencia.⁽⁹⁾

En la población de niños, niñas y adolescentes, para el año 2011, según registros del icbf, se denunciaron 118 casos de violencia y maltrato, el 56% de estos casos fueron contra la mujer. El grupo de edad más afectado fueron los menores de cuatro años, la distribución según sexo y grupo de edad se observa en la (Figura 15).

En el año 2010 en el Departamento del Vichada se reportaron 51 casos de violencia contra las mujeres. Según el informe de Forensis 2011 en este Departamento se registraron 12 casos de violencia en niños, niñas y adolescentes en el año 2011 (7 casos en niños, 5 casos en niñas) y 1 caso en persona mayor. Con relación a hechos de violencia de pareja, en este departamento se presentaron 44 casos (4 casos en hombres y 40 casos en mujeres).⁽²⁹⁾

Figura 15. Violencia y maltrato contra niños, niñas y adolescentes según sexo y grupo de edad en el Vaupés, 2011.



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Información estadística violencia y maltrato. Mítú: icbf Regional Vaupés; 2012.

Según datos de la Secretaría Departamental de Salud del Vichada, para el primer trimestre del año 2012, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (sivigila) cuatro casos de violencia intrafamiliar: tres casos en mujeres (1 caso en una niña de un año, un caso en mujer de 23 años y otro caso en mujer de 34 años, todas residentes en el municipio de Santa Rosalía) y un caso en un hombre de Cumaribo. A través de esta fuente de información se reportaron durante el año 2011 dos casos de abuso sexual en niñas de 3 y 4 años de edad residentes en el municipio de Cumaribo, una de estas niñas era indígena.⁽³²⁾

En el Departamento de Vichada se realizaron para el año 2010, treinta y un exámenes médico legales por presunto delito sexual, Puerto Carreño ocupó el octavo lugar dentro de los municipios con las tasas más altas por 100.000 habitantes (Cuadro 21).

Cuadro 21. Exámenes médicos-legales por presunto delito sexual en municipios de Vichada, 2010 (casos y tasas por 100.000 habitantes).

Municipio/ Departamento	Casos Hombres	Tasa X 100000 hbts	Casos mujeres	Tasa x 100000 hbts	Total tasa x 100000 hbts
Cumaribo	-	-	3	18,57	9,18
La Primavera	-	-	1	15,81	7,80
Puerto Carreño	3	39,4	24	347,37	185,92
Vichada	3	9,23	28	89,81	48,69

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf), Corporación Fondo de Prevención Vial. Forensis. Datos para la vida 2010. 2012:12(1).

7.6. Muertes de mujeres ocasionadas por su pareja o ex pareja

En Colombia para el año 2011 ocurrieron 167 homicidios en los cuales el presunto agresor fue la pareja o ex pareja. En 37 de estos homicidios las víctimas fueron hombres y en los 130 restantes fueron mujeres. Para este mismo año en el Departamento del Vaupés se reportó un homicidio, en el cual la víctima fue una mujer y en el Departamento del Vichada 10 homicidios, en 9 casos las víctimas fueron hombres y en 1 caso la víctima fue una mujer. La tasa de homicidio en mujeres por 100.000 habitantes para el municipio de Puerto Carreño

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

Vichada fue de 14,5 es decir 2,3 veces mayor a la registrada en el país para este mismo periodo (6,07 por 100.000 habitantes).⁽²⁹⁾ Desafortunadamente para estos Departamentos no se publicó información relacionada con el presunto agresor.

Según el informe Forensis Masatugó 2004 - 2008 elaborado por el inmlcf, el departamento del Vichada registró 32 casos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja o ex pareja en el año 2005, 24 casos en el año 2006, 25 casos en el año 2007 y 25 casos en el 2008.⁽³⁰⁾

7.7. Tiempo no remunerado dedicado al cuidado de personas enfermas, con discapacidad y personas mayores que requieren de asistencia permanente

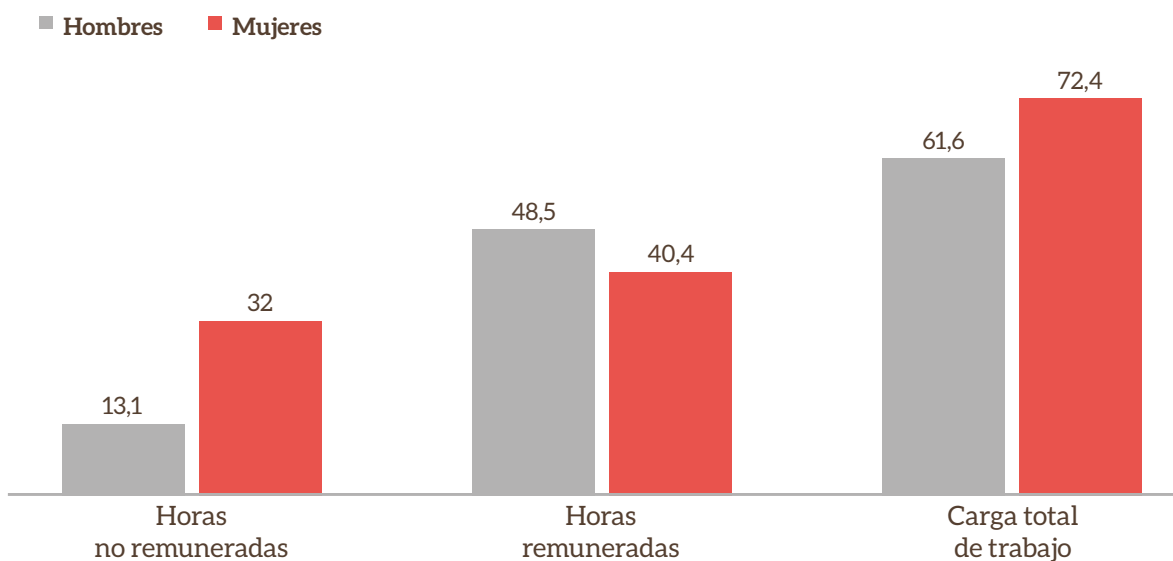
Cuidar es una actividad humana necesaria para la reproducción social, como elemento central de esta actividad se encuentra el cuidado de la salud, el cual se desarrolla en dos ámbitos: el ámbito público del sistema formal de cuidados profesionales de atención y salud pública, y el ámbito privado de los cuidados que se brindan en los hogares como consecuencia del envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de discapacidades, la transformación de la cuestión social en el marco de procesos de reforma estatal y de una política económica dominada por mecanismos de mercado que desplaza la provisión pública y los recursos institucionales de los sistemas de protección, seguridad social y salud desde el Estado hacia el mercado, y principalmente hacia las familias. Cerca del 80% de los cuidados en el nivel mundial se llevan a cabo al interior de las familias o en la comunidad⁽³¹⁾ y tiene como características el ser femenino, no remunerado e inequitativo.

En 2010, la proporción a nivel nacional de mujeres de diez años y más en actividades no remuneradas representó el 92,4% en comparación con el 63,1% de los hombres. De igual manera se evidenció que el 67,5% de los hombres participó en actividades remuneradas, mientras solo el 43,7% de las mujeres participó en las mismas condiciones.⁽¹⁹⁾

Entre 2007 y 2010, se estimó que en el país las mujeres trabajaban en promedio cerca de 10,8 horas semanales más que los hombres en el trabajo doméstico no remunerado. Las figuras 16 y 17 muestran la desigualdad en las actividades remuneradas y no remuneradas entre los hombres y las mujeres.

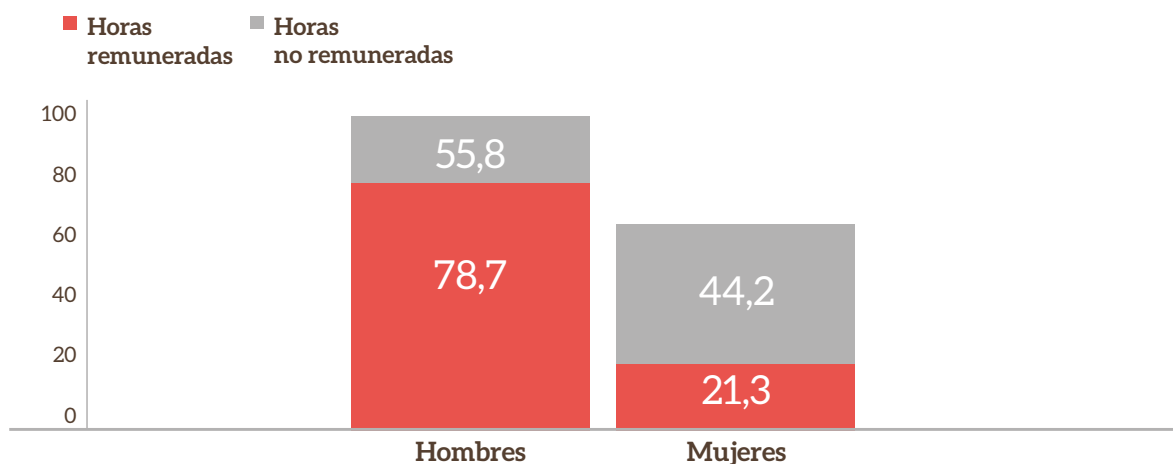
Para este mismo año se estimó a nivel nacional, un promedio de 23,8 horas a la semana en actividades no remuneradas. Los oficios de hogar (16,4 horas), cuidar niños (20,1 horas), cuidar ancianos (17,6 horas) y autoconstrucción (10,5 horas) fueron las de mayor número de horas de participación. Entre las actividades no remuneradas el 92,4% de tiempo se dedicó al oficio de hogar y cuidado de niños y ancianos.

Figura 16. Actividades remuneradas y no remuneradas, carga total de trabajo y horas a la semana según sexo. Promedio en Colombia, 2007 - 2010.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>.

Figura 17. Distribución porcentual de tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, por sexo, Colombia 2010.

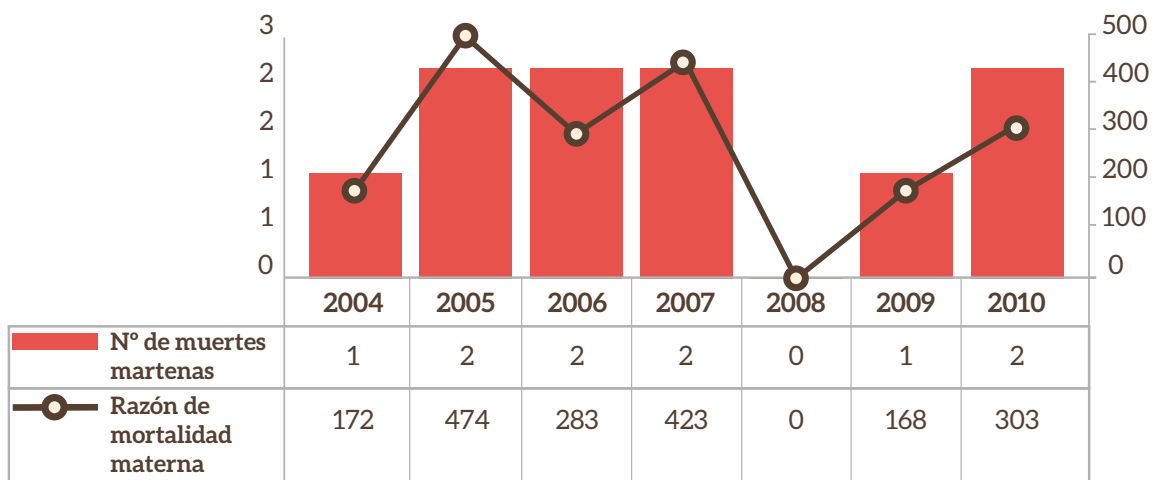


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [Internet]. Bogotá: DANE; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>.

7. Análisis de los indicadores de salud y género acordados para la región andina

En Vaupés y Vichada aún no se han realizado encuestas que identifiquen las brechas entre mujeres y hombres por tiempo no remunerado dedicado al cuidado de personas enfermas, con discapacidad y personas mayores que requieren de asistencia permanente.

Gráfico 18. Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos en el Vaupés, 2004 - 2010.



Fuente: Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010. Mitú: Gobernación del Vaupés, Secretaría de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.

7.8. Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna en el departamento del Vaupés para el periodo 2004 - 2010 estuvo entre 168 y 474 casos por cien mil nacidos vivos, ubicándose por encima de la razón nacional que estuvo entre 62,7 y 78,6 casos por cien mil nacidos vivos. Las muertes ocurridas en el año 2010 fueron por causas no-obstétricas, la primera como consecuencia de un accidente ofídico y la segunda por broncoaspiración debida a intoxicación con alcohol etílico, ambos casos mortalidades materno-perinatales (Figura 18).

Según lo reportado en la visita a la Secretaría Departamental de Salud, durante el año 2011 se presentó un caso de muerte materna:

La muerte materna en el año 2011 ocurrió en la comunidad de Puerto Antonio es corregimiento de Pacoa, zona del bajo Pirá, tengo entendido que lo que pasó con la materna fue que ella nunca le comentó a los familiares, ella comenzó con sangrado, ella igual seguía yendo a trabajar a la chagra, seguía con sus labores cotidianas normales,

pero ella nunca le comentó al esposo, nunca le dijo nada a nadie y la señora al parecer murió de una hemorragia ya del tercer trimestre, esa fue a la conclusión que se llegó con el estudio porque pues ella nunca comentó nada pero sí se dieron cuenta de que ella tenía una hemorragia y que ella definitivamente no consultó, no le dijo nada al auxiliar, ni al promotor, ni al agente de salud que está en la comunidad, a nadie [...] además que son una comunidad muy aislada, para llegar a la comunidad uno llega primero en avión más o menos 40 minutos en vuelo y ahí es prácticamente un día para llegar a la comunidad, es bastante dispendioso y el viaje es bien difícil de hacer [...] la señora vivía aquí en Mitú, los dos niños anteriores a esta gestación habían nacido por cesárea, ella alcanzó a tener una consulta en el hospital y según eso le hicieron la educación, le dijeron que necesitaban que viniera a los controles y además que ese niño muy probablemente el parto iba a ser también por cesárea, la señora igual se fue para donde la abuela que vive en los cerros y se quedó allá, lo que comentan es que a la señora se le dijo que ya era tiempo de tener al niño y que ya era hora de traerla para acá, en la comunidad hay un teléfono pero muchas veces ellos no tienen minutos para llamar, entonces ellos estaban esperando que llamaran de aquí para allá, la idea era que apenas llamara alguien de aquí para allá el auxiliar —creo que en ese momento había auxiliar— había dejado una nota en el teléfono esperando que alguien llamara para darle los datos de la señora para que fueran a buscarla porque la señora no quería venir, ella definitivamente no quería venir, ella tuvo el bebé, el bebé nació muerto y después de que tuvo el bebé al parecer murió de una hemorragia postparto. La señora tenía 25 años era madre soltera una g2 p0 c2 abortos: 0, Muertos: 1, Vivos: 1. El caso es que unos de los dos niños anteriores a esa gestación se murió de ira, era los que nos comentaban, después el padre vino acá y pues él decía que el niño estaba vivo, entonces no sabemos verdad. La abuela comenta que ella tuvo el bebé y se acostó en la cama, después de que se acostó en la cama comenzó a sangrar, pero la señora es una señora de edad no ve bien entonces ella decía que el sangrado era muy poquito, entonces nos queda la duda, obviamente no va a ser poquito porque la señora no tiene una visión adecuada para ella decir que era muy poco el sangrado, ella dice que la señora se acostó y que a la hora más o menos es que ella dice o al otro día fue que se dio cuenta que la señora estaba muerta. (Entrevista profesional de la salud sds)

8. Conclusiones



Del trabajo realizado emergen las siguientes conclusiones:

1. Son múltiples los determinantes que afectan directa o indirectamente las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas del Vaupés y el Vichada. Entre ellos se destacan la pérdida de territorios tradicionales, cambios de los patrones de asentamiento (sedentarismo), pérdida de conocimientos tradicionales sobre el uso y manejo de los diferentes ecosistemas, cambios en las dietas alimentarias cotidianas, subvaloración del conocimiento ancestral sobre el cuidado físico y espiritual, e imposición de un modelo médico para la atención de enfermedades, entre otros.
2. Se hallaron situaciones originadas en el choque cultural tales como violencia intrafamiliar y de género, conflicto armado, consumo de alcohol, suicidio, enfermedades de transmisión sexual e inseguridad alimentaria, que ponen en alto riesgo y vulnerabilidad a las comunidades indígenas.
3. La débil adecuación del sistema de salud a las necesidades y expectativas de los pueblos indígenas, relacionadas con la adaptación intercultural, ocasionan un impacto negativo en el uso y acceso efectivo a los servicios asistenciales de salud.
4. El rol de la mujer indígena en labores de hogar y de la chagra, con responsabilidades para el cuidado y crianza de hijos e hijas, de la siembra y recolección de la cosecha, inciden negativamente en su autocuidado, su autoprotección y su autonomía para la búsqueda de rutas institucionales de ayuda.
5. El cuidado de niños, niñas, personas con discapacidad y población de adultos mayores recae sobre las mujeres jóvenes y adultas, en detrimento de su propio cuidado y protección.
6. El comportamiento de la mayoría de indicadores analizados para la población indígena de los departamentos de Vaupés y Vichada (menor esperanza de vida al nacer,

8. Conclusiones

alta natalidad, mayor fecundidad, menor uso de métodos anticonceptivos, mayor mortalidad materna, baja cobertura institucional del parto y del control prenatal, desnutrición, entre otros) reflejan inequidades al interior de los mismos territorios y brechas con el nivel nacional, que deben ser intervenidas de manera inmediata teniendo en cuenta las causas estructurales, institucionales e individuales que las originan.

7. La situación de inseguridad alimentaria, reflejada en las altas prevalencias de desnutrición global en la población infantil, cinco veces mayor que la nacional, y la mortalidad femenina especialmente de mujeres mayores, se agudiza por patrones culturales en los que los hombres acceden a mejor consumo y las personas que no aportan al grupo quedan en abandono y desprotección.
8. Las pirámides poblaciones de los dos departamentos, muestran una reducción atípica de la población masculina joven, causada posiblemente por altas tasas de suicidio y homicidio, vinculación a grupos armados ilegales y desplazamiento a otros departamentos por enfrentamientos entre y contra grupos ilegales.
9. Las principales causas de mortalidad y morbilidad se encuentran estrechamente relacionadas con los roles sociales de hombres y mujeres, los primeros expuestos a traumas y accidentes ofídicos, mientras que ellas se encuentra más afectadas por problemas osteomusculares, desnutrición y enfermedades respiratorias.
10. Ser mujer, indígena y estar embarazada es una triple condición de vulnerabilidad que puede estar relacionada con los aspectos culturales de machismo que impiden que las mujeres sean atendidas por personal de salud masculino, la poca accesibilidad al control prenatal para la detección y manejo de riesgos, la no disponibilidad de servicios de alta complejidad por personal especializado, la baja cobertura institucional para la atención del parto y el no contar con un modelo de salud intercultural que reconozca y valore los aportes culturales de las comunidades indígenas a la medicina occidental.

9. Recomendaciones



Según los hallazgos obtenidos en el desarrollo del presente trabajo, se pueden precisar las siguientes recomendaciones:

1. Las características poblacionales de los territorios objeto del presente trabajo, demandan de las instancias gubernamentales, la adecuación de la oferta estatal y de la implementación de distintas políticas públicas, en especial de las relacionadas con equidad de género y reducción de brechas sociales, que reconozcan la diversidad étnica y cultural, garantizando y protegiendo los derechos sociales y culturales, incluidos los derechos a la vida, a la salud, a la seguridad alimentaria, y al saneamiento básico.
2. Las mujeres (indígenas y mestizas) deben ser favorecidas por un abordaje intercultural de género y de modificación de los determinantes sociales que las afectan, de tal forma que el Estado, expresado en las instituciones que operan en el territorio, adecúen su oferta de respuesta y protección a las necesidades de ellas, y desarrollen estrategias orientadas a reducir la brechas sociales entre mujeres de zonas rurales y urbanas, del nivel local con el nacional, entre mujeres indígenas y mestizas, y que generen cambios estructurales en las relaciones entre hombres y mujeres.
3. Los datos disponibles en los sistemas de información establecidos a nivel nacional y de obligatorio cumplimiento por las entidades departamentales de gobierno y de salud, son administrados por diferentes entidades locales. Sin embargo, y por razones como las condiciones de dispersión de la población que dificultan el acceso a servicios y a redes sociales de protección, el débil desarrollo logístico informático y la escasa presencia de personal cualificado en la totalidad del territorio de las dos regiones, afectan la calidad y oportunidad en la captura de la información de los eventos priorizados en las diferentes políticas públicas, incluidos los acordados de salud y género por la región andina, con la consecuente debilidad en la evaluación y seguimiento de las estrategias y acciones desarrolladas y la poca repercusión en la adecuación de políticas, incluidas las relacionadas con los enfoques de género y equidad.
4. Es urgente dar prioridad el fenómeno de la morbilidad y mortalidad por desnutrición en mujeres indígenas jóvenes, agudizadas por efectos relacionados entre otras cosas

9. Recomendaciones

con el conflicto armado que limita la vida normal de las poblaciones, el desplazamiento hacia los cascos urbanos, la ocupación del territorio por cultivos ilícitos y su fumigación con productos químicos que dañan el pan coger (cultivos para el propio consumo).

5. Dado que existe constitucionalmente un patrimonio cultural a garantizar y proteger, es necesario recuperar y fortalecer las costumbres y tradiciones protectoras de la población, en especial de las relacionadas con la alimentación, el saneamiento básico, el uso del suelo y de los recursos naturales. En este mismo sentido se deben adelantar intervenciones para la reducción de las condiciones sociales que ponen en riesgo las redes primarias, debilitadas por patrones de consumo ajenos a los pueblos ancestrales.
6. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de población indígena en los departamentos, es pertinente diseñar una política social intercultural, que recupere las tradiciones culturales que preserven y mantengan vivas sus raíces, mejoren su calidad de la vida y fortalezcan las prácticas propias de salud, siendo el enfoque de género integrado a la implementación de dichas políticas.
7. Especial atención debe tener el fortalecimiento del sistema de salud, donde se garantice el derecho fundamental a la salud, a la vida y a la diversidad cultural, para lo cual es necesario adecuar, acondicionar y fortalecer la respuesta estatal en salud.
8. La existencia de suficientes recursos financieros para el sector salud, deben ser adecuadamente invertidos en la identificación del perfil de salud y enfermedad de los habitantes del Vichada y el Vaupés, la adecuación de la atención en salud para garantizar la continuidad, accesibilidad y calidad en la atención en especial de la población dispersa, y en la articulación intersectorial para modificar los factores estructurales, que aportan en el mejoramiento de calidad de vida.
9. Es necesario fortalecer el conocimiento sobre los roles de género y etnicidad - y su interacción con otros determinantes - en la salud de las mujeres y hombres.
10. Promover la participación social incidente de mujeres y hombres, indígenas y mestizos, de todos los grupos etarios y pueblos, en la definición de prioridades sociales y de salud en su definición holística y no solamente la ausencia de enfermedad.

Referencias




- (1) Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington d.c.: ops; 2008.
- (2) Comisión Andina. Resolución 1468: Manual para la elaboración y transmisión de indicadores estadísticos de Salud y Género. Gaceta Oficial de la Comunidad Andina núm. 2049; 2012
- (3) Correa Rubio F. Características socio-lingüísticas en la región del Vaupés. Revista Colombiana de Antropología. Bogotá. 1983; 11: 175 - 186.
- (4) Espinosa-Flórez S. Plan de Desarrollo del Departamento Vichada: Anteproyecto Plan de Desarrollo del Departamento Del Vichada 2012-2015 "Gobierno de Todos y Todas". Gobernación del Vichada; 2012.
- (5) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Proyecciones de población [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>. 2012.
- (6) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). Estimación de población 1985-2005. Bogotá [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Metodologia_estimaciones.pdf.
- (7) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). Centro Andino de Altos Estudios candane. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2010. Estudios Postcensales N. 7 [Internet]. Bogotá; 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf.
- (8) Jaramillo-García R. Plan de Desarrollo Departamento de Vaupés 2012-2015 "Gobierno Pluricultural con Progreso Social". Gobernación de Vaupés; 2012.
- (9) Gobernación del Vaupés. Diagnóstico de Salud Departamento de Vaupés 2010. Mitú:

Referencias

- Gobernación del Vaupés, Secretaria de Salud Departamental, área de Salud Pública; 2010.
- (10) Correa F. Elementos de identidad y organización social entre las comunidades indígenas de la región del Vaupés. Maguaré Revista del Departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Colombia. 1984; II(2):97-123.
- (11) Corporación para la investigación, el desarrollo agropecuario y medioambiental (cindap), Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas (sinchi), Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y Oriente Amazónico (cda), Programa Nacional de Transferencia de Tecnología Agropecuaria (pronatta), Gobernación del Guainía, et al. Agenda Prospectiva de Ciencia y Tecnología para el Norte Amazónico (Departamentos de Guaviare, Guainía y Vaupés). San José del Guaviare: cindap. 2003.
- (12) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). Censo General 2005: Perfil Departamental Vaupés. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/vaupes/vaupes.pdf>.
- (13) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). Censo General 2005: Perfil Departamental Vichada. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/99000T7T000.PDF.
- (14) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane), Posada Hernández G. Agrupación de Municipios Colombianos según características de ruralidad [tesis de grado]. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín; 2010.
- (15) Secretaría Departamental de Salud del Vichada. Diagnóstico Departamental de Salud del Vichada. 2009.
- (16) Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero-Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vichada. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf); 2008.
- (17) Díaz-Granados O, Sierra-Soler S, Quintero-Márquez V. Indicadores de Desarrollo. Departamento del Vichada. Indicadores: Demografía, salud, calidad de vida, educación, violencia y situaciones especiales. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf); 2008.
- (18) Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción del Trabajo.

Población y principales indicadores demográficos de Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.

- (19) Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
- (20) Esquivel-Hernández M. Hogares encabezados por mujeres en debate inconcluso. *Sociológica*. 2000;15(42):231-56.
- (21) Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Sistema de información para la población desplazada (sipod) [Internet]. Bogotá: sipod 2012. Disponible en: <http://www.dps.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=621&conID=556&pagID=838>.
- (22) Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (codhes). Las tierras Amazónicas fronterizas: Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada. Bogotá: codhes; 2005.
- (23) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. ensin. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (icbf); 2010.
- (24) Paredes, A. Informe de evento accidente ofídico hasta el periodo epidemiológico noveno del año 2012. Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Control en Salud Pública, Equipo Funcional Zoonosis. Bogotá; 2012.
- (25) Rosado V. Documento sobre las condiciones sentidas de salud de las mujeres indígenas de los 4 sectores del Eje Orinoco-Gran Resguardo de Selva de Matavén. Red de Salud Indígena de la Amazonía (RedSiama); 2005.
- (26) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Discapacidad, Información estadística [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/discapacidad>.
- (27) Fundación Etnollano, e.s.e. Hospital San Juan de Dios, Asociación de mujeres indígenas Eje Orinoco-Selva de Matavén, Redsiama. Informe del proceso de capacitación de mujeres indígenas como auxiliares de la Unidad de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino del Hospital San Juan de Dios, en el marco de la campaña contra el virus del papiloma humano. 2009.

- 
- (28) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>; 2012.
- (29) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf), Corporación Fondo de Prevención Vial. Forensis. Datos para la vida 2011. 2012;13⁽¹⁾
- (30) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf). Forensis Masatugó 2004-2008 “Mujer que recibe lo malo, para entregar lo bueno”. Forensis, datos para la vida. 2010.
- (31) Sen G, Östlin P. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la oms. Washington, d.c.: Karolinska Institute; Organización Panamericana de la Salud; 2007.
- (32) Secretaría Departamental de Salud del Vichada. Sistema de Vigilancia en Salud Pública (sivigila). 2012.
- (33) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf), Corporación Fondo de Prevención Vial. Forensis. Datos para la vida 2010. 2012;12.⁽¹⁾

Anexos



ANEXO 1. PREGUNTAS ORIENTADORAS

Preguntas orientadoras para las Secretarías Departamentales de Salud

- ¿Los planes, proyectos, programas de salud formulados por el departamento incluyen la perspectiva de género, con enfoque diferencial?
- ¿El análisis de la situación de salud (asis) incluye la perspectiva de género y visibiliza desigualdades e inequidades?
- ¿Qué sectores del gobierno y la sociedad civil participaron en la elaboración del asis y el Plan Departamental de Salud?
- ¿Existen mecanismos para desarrollar esfuerzos intersectoriales por el mejoramiento de la salud?
- ¿Las mujeres están influyendo más o menos que antes en las agendas locales de salud? Si es así como evidenciarlo?
- ¿Se tienen identificadas las barreras de acceso a los servicios de salud?
- ¿Qué medidas se están tomando para favorecer el acceso a la atención de la salud por parte de las poblaciones de menores recursos?
- ¿Considera la política de seguridad alimentaria la situación nutricional diferencial de mujeres y hombres, niños y niñas?
- ¿Se reconoce que los requerimientos nutricionales son mayores para las mujeres y se responde sobre esta base?
- ¿Cuál es la situación de anemia en mujeres en general, gestantes y grupos vulnerables?

Anexos

- ¿Se han tomado medidas específicas para abordar la anemia en las mujeres, no solo durante el embarazo y la lactancia, sino antes de que estas deficiencias sean ya difíciles de corregir?
- ¿Existe igualdad de género a nivel laboral en la institución?
- ¿Cuál es la situación de salud sexual y reproductiva en el departamento?
- ¿Cómo se prestan los servicios de salud sexual y reproductiva en población de área rural?
- ¿Cómo está integrada la red de servicios de salud en el departamento?
- ¿Se distribuye información para contactar centros de salud y hospitales en casos de emergencia?
- ¿Constituye la distancia un obstáculo importante para llegar a los centros de salud?
- ¿Qué cambios se han propuesto y se están implementando para solucionar este tipo de problemas?
- ¿Se proveen servicios de detección, prevención y manejo de la violencia doméstica y sexual por personal debidamente entrenado?
- ¿Se reconocen y manejan los riesgos para cuidadores y pacientes en el hogar?
- ¿Qué estrategias se han desarrollado en el Departamento para reducir el embarazo en adolescentes?
- Como se desarrolla el Plan de Intervenciones Colectivas (pic) en el Departamento.

Preguntas orientadoras para la Secretaría Departamental de Educación

- ¿Qué acciones se han promovido y qué estímulos se han creado para reducir las brechas de escolaridad entre los sexos en los distintos grupos de población?
- ¿Qué estrategias se han desarrollado para disminuir la deserción escolar?
- ¿Existen planes de trabajo conjunto entre los sectores salud y educación para promover la educación en salud?
- ¿Se han definido planes para promover la educación sexual? Descríbalos

- ¿Han participado grupos de la sociedad civil y del movimiento de mujeres en la definición de esos planes?
- ¿Cuáles son las coberturas de población indígena en las escuelas?
- ¿Qué estrategias educativas desarrollan con la población indígena?

Preguntas orientadoras para la Secretaría Departamental de Gobierno – Gestora Social

- ¿Qué medidas se están tomando para favorecer el acceso a la atención de la salud por parte de las poblaciones empleadas en el sector informal?
- ¿Qué estrategias se desarrollan para favorecer la vinculación laboral de poblaciones indígenas, existe alguna diferencia según sexo?

Preguntas orientadoras sobre Transporte

- ¿Qué problemas de transporte existen para el desplazamiento de la población (comunidades indígenas y población general) a las instituciones de salud?
- ¿Qué medidas se han tomado para mejorar los caminos que conducen a las zonas donde están ubicadas las instituciones de salud?
- ¿Existen rutas de transporte que privilegien el destino a las instituciones del sector salud con miras a facilitar el acceso?

Preguntas orientadoras para el Hospital E.S.E. San Antonio de Mitú

- ¿Cuáles son las primeras causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización y atención por urgencias en mujeres y hombres?
- ¿Cómo han encarado los problemas que enfrenta la población indígena para acceder a los establecimientos de salud, y/o para utilizar determinados servicios?
- Específicamente, qué medidas se han tomado para reducir los siguientes limitantes:
 - Objeciones a ser examinadas por hombres

Anexos

- Restricciones para utilizar anticoncepción sin permiso del marido o de un pariente mayor.
 - Requerimiento de la autorización del marido para optar por esterilización.
 - Distribución desigual de recursos dentro del hogar que privilegia la atención del niño sobre la atención de la niña.
-
- ¿En qué medida las pautas culturales limitan el acceso oportuno de los hombres a los servicios, particularmente los preventivos? ¿Cómo enfrentan esta situación?
 - ¿Hay limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes?
 - ¿Se permite y facilita anticoncepción de emergencia?
 - ¿Se limita el acceso a la esterilización femenina con requisitos mínimos de edad o número de hijos?
 - ¿Existen los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes?
 - ¿Se publicitan estos servicios? ¿Las políticas abordan explícitamente las necesidades de salud de las y los adolescentes?
 - ¿Se ha sensibilizado al personal de salud del nivel local sobre las necesidades particulares de las mujeres y los hombres, particularmente de los sectores de menores ingresos?
 - ¿Se ha sensibilizado al personal de salud para que comprenda y respete las diferencias generacionales, culturales, de preferencia sexual y discapacidad en la población usuaria?
 - ¿Hay planes para mejorar estas competencias?
 - ¿Tiene la opción la/ el consultante de escoger proveedores del mismo sexo?
 - ¿En la planificación de los servicios y en la producción de materiales de promoción se reconocen las necesidades de comunicación en el lenguaje de las poblaciones indígenas?
 - ¿Qué instrumentos se están usando para fortalecer la calidad de la atención (por ejemplo, protocolos, definición de estándares mínimos, conferencias sobre casos)?
 - ¿Se respetan las decisiones de los y las adolescentes en materia de su salud sexual y reproductiva? Si la información es confidencial, ¿quién tiene acceso a ésta y bajo qué condiciones?

- ¿Qué mecanismos de control de calidad existen para considerar las diferencias donde sea pertinente y, al mismo tiempo, evitar la discriminación por sexo, etnia, clase social y orientación sexual en la aplicación de procedimientos médicos donde no se justifica la diferenciación?
- ¿Se ha formulado una política sectorial de igualdad de oportunidades en el empleo que haga mención explícita de la igualdad de género dentro del hospital?

Preguntas orientadoras para la entrevista a profesionales de la salud de la e.s.e

- ¿Considera usted que la distribución de salario es equitativa según sexo para el personal de salud?
- ¿Describa que estrategias utiliza para dialogar con la comunidad indígena?

Preguntas orientadoras para la Comisaría de Familia

- ¿Que es lo que más se denuncia en el Departamento y cuál es la conducta que se utiliza?
- ¿Se ha realizado una discusión amplia sobre la violencia doméstica, en la que participen actores claves como justicia, educación, medicina legal y salud y medios de comunicación?
- ¿Existen normas y protocolos para la prevención y atención de la violencia doméstica en los sectores involucrados?
- ¿Se han desarrollado campañas para la prevención y el reconocimiento social de la violencia como una violación de los derechos humanos de las mujeres?

Preguntas orientadoras para las organizaciones comunitarias

- ¿De que se enferman y de que se mueren las mujeres en el Departamento?
- ¿De que se enferman y de que se mueren los hombres en el Departamento?
- ¿Existen barreras para acceder a los servicios de salud?, descríbalas
- ¿Como es el trato recibido por parte del personal de salud?

- ¿Considera que existe una adecuada orientación y comunicación en los servicios de salud?
- ¿Cómo es el trato que les dan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (eapb)?

Preguntas orientadoras Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (eapb)

- Describa las estrategias utilizadas para realizar demanda inducida a servicios de promoción y prevención.
- ¿Son éstas estrategias diferenciadas para hombres y mujeres?
- Describa el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el Departamento.
- ¿Como están los indicadores de promoción y prevención por sexo?
- ¿Se cuenta con el censo de la población asegurada? Se ha identificado la población en condición de discapacidad, la población con enfermedades crónicas?
- ¿Como abordan la atención de estos pacientes?
- ¿Se ha capacitado al personal para la entrega de información sobre derechos relacionados con la salud de las y los usuarios?

ANEXO 2. RESULTADOS TRABAJO DE CAMPO MITÚ VAUPÉS

Mitú, Vaupés

Se realizó la visita a la Secretaría Departamental de Salud del Vaupés, se entrevistó al Dr. Jesús Alberto Rivera Zart y se estableció contacto con los Dres. Wilson Vélez Espinosa, coordinador departamental de aseguramiento; Edna Rocío Torres Bohórquez, coordinadora departamental de desarrollo de servicios; María Helena Royo, coordinadora departamental de nutrición y enfermedades crónicas; Miriam Rocío Gómez, coordinadora departamental de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva encargada; Angélica María Rojas, coordinadora departamental de vigilancia en salud pública y María Abigail Vallejo Ríos, coordinadora departamental de sistemas de información. A estos funcionarios también se les realizaron entrevistas semiestructuradas.

En esta institución se logró recopilar la siguiente información: Ordenanza 002 de 2011, plan departamental de desarrollo, plan de seguridad alimentaria y nutricional del Vaupés, análisis de la situación nutricional del Vaupés, indicadores seguridad alimentaria y nutricional departamental, política departamental de salud mental, situación de salud mental en el departamento, diagnóstico de salud del departamento, indicadores de salud departamentales, diagnóstico de salud sexual y reproductiva y servicios habilitados en el Hospital e.s.e San Antonio de Mitú.

En el Hospital e.s.e San Antonio de Mitú se entrevistó a Ronald Alberto Baracaldo Valencia Gerente encargado y se realizó un grupo focal con funcionarios de la e.s.e en el hospital se logró obtener información relacionada con la morbilidad por consulta externa, hospitalización y urgencias.

En la eapb Caprecom se entrevistó a las Dras. Susana Reina y Marcela García y se logró obtener información relacionada con el cumplimiento de indicadores de promoción y prevención.

Se entrevistó al Dr. Rubén Darío Parada coordinador departamental de la oficina de desarrollo comunitario y asuntos indígenas quien además ayudó a validar la información relacionada con las organizaciones sociales y comunitarias existentes en el departamento.

La gestora social departamental, Dr. Indira Velásquez Camargo también fue entrevistada, junto con la funcionaria Luisa Melia Barreto de esta misma dependencia.

Anexos

De las organizaciones sociales se logró entrevistar a la señora Ena Judith Peña representante de amcafami y a la señora Martha Ofelia Neira de fundamu.

Puerto Carreño, Vichada

El primer día se entrevistó al Dr. Juan Carlos Romero Bossa de la Secretaría Departamental del Vichada y se contactó a las Dras. Luz Miriam Espejo, coordinadora de aseguramiento y desarrollo de servicios; Janeth Cristina Acevedo Jaimes, epidemióloga departamental; Yuranis Samora Flórez, profesional de apoyo de salud sexual y reproductiva. De igual manera se estableció contacto con el ingeniero Julio César Flórez Orjuela, Secretario Departamental de Planeación; con la Dra. Nancy Maltar Calderón Secretaria de asuntos indígenas y desarrollo social y Nelcy Rocío González del área de desarrollo Institucional. En el icbf se contactó a la Dra. Claudia Liliana Medina, directora regional y Yenny Reyes, coordinadora técnica. De igual manera se contactó al Dr. Samuel Rodríguez, secretario departamental de educación y a través de él a la Dra. Emilce Arias, coordinadora de calidad y Etnoeducación; y al ingeniero Fernando Torres, coordinador de cobertura. En la e.s.e Hospital San Juan de Dios se contactó a la Dra. Alexandra Pineda, coordinadora de calidad. De igual manera se estableció contacto con la Dra. Jennifer Carolina Castiblanco de la comisaria de familia de Puerto Carreño.

ANEXO 3. INDICADORES DE SALUD Y GÉNERO: VAUPÉS, VICHADA Y COLOMBIA

Indicador	Vaupés	Vichada	Colombia
Adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez (%) 2010	22,3	31,3	19,5
Mujeres en edad fértil, en unión, que usan en la actualidad métodos anticonceptivos modernos (%) 2010	47	72,2	72,9
Casos nuevos de infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) registrados (Número de casos) 2010	1	1	5378
Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (100.000 habitantes) 2010	12	3,1	4,6
Violencia contra las mujeres (Número de casos) 2010	27	51	51591
Muertes de mujeres ocasionadas por su pareja o ex pareja (Número de casos) 2011	-	-	130
Tiempo no remunerado dedicado al cuidado de personas enfermas, con discapacidad y personas mayores que requieren de asistencia permanente (horas/semana) 2010	-	-	23,8
Razón de mortalidad materna (100.000 Nacidos vivos) 2009	162	236	73

Fuentes: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (dane). [Internet]. Bogotá: dane; [acceso 15 de diciembre de 2012]. Población y Demografía, Estadísticas vitales [múltiples pantallas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>; 2012. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (inmlcf), Corporación Fondo de Prevención Vial. Forensis. Datos para la vida 2010. 2012;12⁽⁴⁾.

Bogotá, 2013



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**





© ops_oms todos los derechos reservados.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

**Calle 66 N° 11-50 Edificio Villorio - Piso 6
Teléfono: 57-1 314 4141
Bogotá - Colombia
www.paho.org/col**



9 789275 317709